

И. П. Брызгунов

ПСИХОСОМАТИКА У ДЕТЕЙ



С Е Р И Я « И З П Р А К Т И К И П Е Д И А Т Р А »

И.П. БРЯЗГУНОВ и др.

ПСИХОСОМАТИКА У ДЕТЕЙ



«Психотерапия»

Москва

2009

Брызгунов И.П. и др.

ПСИХОСОМАТИКА У ДЕТЕЙ. – М.: Психотерапия, 2009. – 480 с. –
(Из практики педиатра).

В книге доктора медицинских наук И.П. Брызгунова обобщается многолетний практический опыт педиатров по работе с различными психосоматическими заболеваниями и симптомами у детей и подростков. Бронхиальная астма, повышенное давление, мигрени, боли в животе, обмороки, ночной энурез, ожирение и т.д. – все они могут являться следствиями психотравмирующего опыта ребенка.

Психосоматика рассматривается авторами как функциональная патология, лечение которой может осуществляться как медикаментозными так и оздоравливающими средствами (йога, акупунктура, ванны, массажи). Однако наряду с рекомендациями по применению лекарственных препаратов в книге приводятся рекомендации по использованию различных психотерапевтических средств (гипнотерапия, методы индивидуальной и групповой психотерапии – игровые занятия в группе, работа с родителями, медитация, аутотренинг и др.), даются различные психодиагностические методики и методики для отслеживания эффективности процесса терапии. Все это делает книгу комплексной и многофункциональной.

Книга предназначена для педиатров и детских психотерапевтов, для консультантов-психологов, для студентов психологических и медицинских факультетов, а также для родителей, углубленно интересующихся проблемами здоровья своих детей.

Содержание

Введение	4
Глава 1. Что такое психосоматика. <i>И.П. Брызгунов, В.И. Бондарь</i>	7
Глава 2. Психосоматика с точки зрения психоаналитической теории. <i>Р.А. Даурова</i>	19
Глава 3. Бронхиальная астма как психосоматическая проблема. <i>Р.А. Даурова</i>	32
Глава 4. Психогенная гипервентиляция. <i>И.П. Брызгунов</i>	78
Глава 5. Длительный субфебрилитет. <i>И.П. Брызгунов</i>	90
Глава 6. Ночной энурез. <i>И.П. Брызгунов</i>	100
Глава 7. Цефалгии. <i>И.П. Брызгунов, А.Г. Кизева</i>	116
Глава 8. Синдром хронической усталости. <i>А.Г. Кизева</i>	133
Глава 9. Первичная артериальная гипертензия. <i>И.П. Брызгунов</i>	147
Глава 10. Артериальная гипотензия. <i>И.П. Брызгунов</i>	167
Глава 11. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. <i>И.П. Брызгунов</i>	180
Глава 12. Рецидивирующие боли в животе психогенного происхождения. <i>И.П. Брызгунов</i>	223
Глава 13. Обморок, коллапс, шок. <i>В.И. Бондарь</i>	238
Глава 14. Посттравматическое стрессовое расстройство. <i>И.П. Брызгунов</i>	278
Глава 15. Ожирение. <i>В.И. Бондарь</i>	308
Глава 16. Клинико-психологическое тестирование. <i>А.Н. Михайлов</i>	342
Глава 17. Психологическая коррекция и психотерапия при психосоматических функциональных заболеваниях. <i>А.Н. Михайлов</i>	443
Заключение	476

ВВЕДЕНИЕ

В практической деятельности педиатры постоянно вынуждены сталкиваться с детьми и подростками, чья патология ставит их в тупик в плане ее определения, так как не сопровождается видимыми изменениями со стороны соматического статуса, которые не выявляются и при углубленном исследовании. В то же время эти состояния отличаются упорством в течении и сопряжены с нарастающим страданием ребенка, выбивающим его из повседневной жизни, и изменениями психологического статуса – вплоть до социальной дезадаптации. Наличие общего признака – несомненное участие психологических механизмов в патогенезе и в поддержании этой группы нарушений здоровья, позволило объединить их под общим названием – психосоматические функциональные заболевания.

Учитывая высокую распространенность, которая со временем только растет, и пестроту клинической картины, психосоматические функциональные заболевания поневоле оказываются в поле зрения не только педиатров, но и узких специалистов самого разного профиля. На протяжении многих лет с данной проблемой вынуждены все чаще и чаще сталкиваться и психиатры, и психологи, и психотерапевты.

С другой стороны, отсутствие отклонений в соматическом статусе приводит к недооценке актуальности, сложности проблемы медицинскими работниками, в связи с чем эти дети остаются «пасынками» медицины. Приходится постоянно сталкиваться с последствиями недостаточной осведомленности педиатров в данной области и, как следствие, с длительным отсутствием и недостаточной эффективностью неадекватного лечения, что естественно сказывается негативно и способствует росту распространенности этой группы патологии.

Вследствие противоречивых сведений о причинах и механизмах развития психосоматических функциональных заболеваний, по настоящее время отсутствуют сколь-нибудь обозначенные стандарты диаг-

ностики и лечения таких больных, что приводит к назначению большого количества лабораторных и инструментальных исследований, значительная часть которых оказывается слабо информативной и мало продвигает врача по пути установления истинного диагноза. Больного направляют на консультативный прием к самым различным специалистам, которые также не в состоянии прояснить ситуацию. Все это значительно затягивает установление правильного диагноза и начало целенаправленного лечения, заставляет больного ребенка и его близких находиться длительное время в состоянии тревожной неопределенности и, как следствие, – негативно сказывается на качестве жизни пациентов и степени, глубине их психологической и социальной дезадаптации. Кроме того, подобное положение сопряжено и с неоправданно большими экономическими затратами, как при диагностике, так и при последующем лечении уже запущенных случаев психосоматической функциональной патологии.

Из всего изложенного выше становится ясно, что создание идеологически единой и функционально завершенной службы медицинской помощи детям с психосоматическими функциональными заболеваниями, с разработкой стандартов и протоколов ведения таких больных – жизненно необходимо.

Наш многолетний опыт работы с такими пациентами позволяет утверждать, что их обследование и лечение должно проводиться в условиях многопрофильного детского лечебно-профилактического учреждения, иначе дифференциальная диагностика будет затруднительной. К примеру, под маской длительного субфебрилитета могут протекать: синдром хронической утомляемости, тиреотоксикоз, ревматические болезни, злокачественные новообразования и пр. При необходимости, должна быть возможность привлечения к дифференциальной диагностике различных специалистов: эндокринолога, аллерголога, психиатра, клинического психолога, иммунолога...

Залогом успешной терапии психосоматических функциональных заболеваний является преемственность в системе этапной лечебно-профилактической помощи в структуре: стационар – детская поликлиника – санаторий, – но ее нет. А это позволяло бы закреплять и развивать результаты лечения, вести своевременную профилактику обострений и осложнений и, как следствие, повысить эффективность лечения при снижении общей его стоимости.

По логике поступательного развития, ситуация в области рассматриваемой группы заболеваний уже давно настоятельно требует, чтобы наряду с такими узкими специалистами как аллерголог, ревматолог, гематолог и др. в детских лечебно-профилактических учреждениях появился специалист по психосоматической патологии, который, в от-

личии от педиатра, знает не только «сому», но и психику ребенка, обладает знаниями в клинической и возрастной психологии.

К сожалению педиатры в большинстве своем не имеют достаточно глубоких познаний в психиатрии, не знакомы с клинической психологией, а психиатры, со своей стороны, – не имеют необходимой широты знаний в педиатрии. Такая ситуация приводит, как тех, так и других, к одностороннему подходу в решении проблем больных с психосоматическими функциональными заболеваниями, снижает эффективность диагностики и лечения.

Предлагаемая вниманию коллег монография охватывает ряд нозологий, относящихся к группе психосоматических функциональных заболеваний. В ней, на основании последних данных литературы и результатов собственных исследований, обозначается место каждой патологии, алгоритмы дифференциальной диагностики, даются рекомендации по лечению. Авторы в первую очередь постарались охватить наиболее распространенные, часто встречающиеся в практике формы рассматриваемой группы патологий, но она ими далеко не исчерпывается. Необходимо и предполагается продолжение работы в данном направлении с выходом более масштабного труда, охватывающего всю группу заболеваний. Но и в таком виде издание в значительной степени облегчит проведение дифференциальной диагностики и сорентирует в различных терапевтических подходах к психосоматическим состояниям.

ЧТО ТАКОЕ ПСИХОСОМАТИКА?

Психосоматика (греческое *psyche* – душа, *soma* – тело) – направление в медицине и психологии, занимающееся изучением влияния психологических (в большинстве психогенных) факторов на возникновение и последующее течение соматических заболеваний, т. е. соматические симптомы могут быть непосредственным выражением психических и прежде всего аффективных переживаний. Можно предположить, что нельзя исключить влияние психических факторов на любое заболевание и в этом смысле любое заболевание можно назвать психосоматическим.

Психосоматические расстройства и заболевания являются одними из наиболее распространенных нарушений не только среди взрослых, но и среди детей и подростков. Считают, что распространенность психосоматических расстройств и заболеваний в настоящее время все увеличивается. Так, по данным некоторых авторов их число достигает 40–68% от числа обратившихся к педиатрам.

Исследования, проведенные сотрудниками нашей клиники в школах г. Орла и в школе г. Москвы позволили установить распространенность длительного субфебрилитета – в г. Орле 19,8% и в г. Москве – 20,6%, цефалгии напряжения – 30 и 39% соответственно, рецидивирующих болей в животе – 15% и 30%. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью, включая младший детский возраст в г. Москве – 28% и в г. Владимире – 21%, первичная артериальная гипертензия и артериальная гипотензия в различных регионах страны – от 4 до 14 %, ночной энурез – 12%, коллаптоидные состояния – 4,5%. При посттравматическом расстройстве и синдроме хронической утомляемости эпидемиологические исследования не проводились.

Проблема психосоматических соотношений остается одной из наиболее сложных проблем современной медицины, несмотря на то, что тесная взаимосвязь психического и соматического изучается в течение нескольких веков. Сам термин «психосоматика» имеет давнюю историю и предполагает наличие определенных соотношений между психическими и соматическими расстройствами. Этот термин появился в литературе в 1818 году, однако понятие «психосоматическое заболевание» и «психосоматическая медицина» с их целенаправленным применением укоренились в начале текущего века. В настоящее время считают, что данный термин несколько устарел.

Преобладающим является мнение, что в психосоматической медицине отражается интегральный аспект медицинской практики, многофакторная модель возникновения заболевания с особым акцентом не только на психологический, но и социальный, экологический, биологический и другие факторы, возможно неизвестные.

В ряде работ американских ученых наметилась тенденция заменять термин «психосоматика» на «психонейроиммунология», так как он более точно отражает связь психики с сомой через механизм нейроиммунной регуляции.

Предполагается, что в патогенезе многих заболеваний существенную роль играют неблагоприятные психические воздействия.

Д.Н. Исаев предполагает, что патогенез «психосоматических расстройств» складывается из следующих факторов:

- 1) неспецифической предрасположенностью и врожденной отягощенностью соматическими нарушениями и дефектами;
- 2) наследственной предрасположенностью к психосоматическим расстройствам;
- 3) изменений в ЦНС, приводящих к нейродинамическим сдвигам;
- 4) личностных особенностей;
- 5) психического и физического состояния во время психотравмирующих событий;
- 6) фона неблагоприятных семейных и социальных факторов;
- 7) особенностей психотравмирующих событий.

Как считает автор, перечисленные факторы не только участвуют в генезе психосоматических расстройств, но каждый отдельно или в разных комбинациях делают человека уязвимым к эмоциональным стрессам, затрудняют психологическую и биологическую защиту, облегчают возникновение и утяжеляют течение соматических расстройств.

Хотя наиболее спорным в психосоматике является вопрос о специфичности психического фактора в возникновении соматической патологии, но ведущей в основе психосоматических заболеваний является реакция на эмоциональное переживание, сопровождающееся функциональными изменениями и затем патологическими нарушениями в органах, т. е. функциональный этап поражения перерастает в деструктивно-морфологические изменения в соматической сфере, происходит генерализация психосоматического заболевания.

Дисрегуляция вегетативной нервной системы является основой психосоматических функциональных заболеваний.

Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор пораженного органа или системы (системы терморегуляции, дыхательная, сердечно-сосудистая и др.), по принципу: «Где тонко, там и рвется».

В американском психосоматическом обществе в настоящее время идет активная дискуссия относительно пересмотра термина «психосоматика», который считается архаичным. В частности, предполагается такое название общества: «общество интегративной медицины», т.е. при этом учитывался не только психический фактор в возникновении заболеваний, но и наследственный, социальный, экологический и др.

Но остаются сторонники старой терминологии, к которой привыкли. При этом ссылаются на В. Шекспира: «то, что мы зовем розой и под другим названием сохранило свой чудный запах».

Ведь никому из медицинских представителей не приходит в голову переименовать, например, ночной энурез, а ведь правильнее было бы назвать его «сонный энурез», или переименовать длительный субфебрилитет – *febris* по латыни «лихорадка» – ведь в настоящее время доказано, что в основе этого заболевания лежит не лихорадка. Примеров, когда название заболевания не соответствует его сущности, можно привести множество.

Человек «входит» в психосоматическую патологию постепенно. До этапа проявления болезни и обращения к врачу проходит длительное время. Накапливаются изменения, падает сопротивляемость организма.

Ранее мы обращали внимание на большую группу так называемых функциональных заболеваний, которые расценивали как состояние между нормой и патологией и которые впоследствии являлись причиной хронических заболеваний у взрослых.

Дискуссия, проведенная на страницах журнала «Клиническая медицина» между терапевтом и педиатром с одной стороны и общим патологом – с другой, относительно термина «функциональный» или «структурно-функциональный», оставила этот вопрос открытым. Результаты будущих исследований поставят окончательную точку.

Тем не менее для большой группы заболеваний, касающихся различных систем организма: теплообмена и терморегуляции, сердечно-сосудистой, дыхательной, гастроэнтерологической и др., мы используем условный термин «функциональная патология», хотя более правильное название – «нарушения и заболевания регуляции функций».

Именно в этот период имеется возможность проведения первичной профилактики предотвращения перехода в соматическое заболевание.

На этом принципе строятся существующие классификации психосоматических расстройств у детей.

Следует отметить, что существующих классификаций психосоматических заболеваний у детей мало и требуется проведение большой работы для создания единой и четкой классификации.

Несмотря на то, что общепринятая систематика психосоматических расстройств отсутствует, А. Б. Смулевич с соавт. (1999) выделяют

4 типа психосоматических расстройств, отражающих различную структуру психосоматических соотношений у взрослых:

1. Соматизированные психические реакции «соматоформные реакции», формирующиеся без участия соматической патологии в рамках образований невротического либо конституционального регистра (неврозы, невропатии).
2. Психогенные реакции (нозогении), возникающие в связи с соматическим заболеванием (последнее выступает в качестве психотравмирующего события) и относящиеся к группе реактивных состояний.
3. Реакции по типу симптоматической лабильности – психогенно спровоцированная, связанная с констелляцией социальных и ситуационных факторов манифестация либо экзацербация проявлений соматических заболеваний (психосоматические заболевания в традиционном, узком понимании термина).
4. Реакции экзогенного типа (соматогении), манифестирующие вследствие воздействия соматической вредности (реализуемого на патогенетической основе) и относящиеся к категории симптоматических психозов.

Из существующих классификаций психосоматических расстройств у детей следует выделить классификацию Йохмаса и Шмитта (Jochmas, Schmitt, 1986). Все заболевания этого плана авторы разделяют на три группы: в первую группу отнесены психосоматические функциональные нарушения, т.е. те соматические синдромы, при которых не обнаруживаются органические поражения органов и систем. Сюда относятся психогенные нарушения у грудных детей и детей раннего возраста, нарушения сна, энкопрез, энурез, запоры, конверсионные неврозы.

Вторая группа состоит из психосоматических заболеваний, включающих бронхиальную астму, язвенный колит, болезнь Крона, нейродермиты, язву желудка, нервную анорексию, булимию, ожирение.

Третья группа объединяет тех хронических больных, у которых возникают серьезные поражения (муковисцидоз, диабет, хроническая почечная недостаточность, злокачественные новообразования).

Классификация Цимприха (Zimprich, 1984) включает в себя:

- 1) психосоматические реакции;
- 2) функциональные нарушения;
- 3) психосоматические заболевания с ограниченной манифестацией;
- 4) специфические психоматозы (колит, язва желудка и др).

По мнению Цимприха эти нарушения и заболевания, несмотря на их различия, объединены общим терапевтическим подходом, сочетающим медикаментозное лечение и психотерапию.

В современных классификациях заболеваний: международной классификации болезней (МКБ-10) и американской (DSM-IV) психосо-

матические расстройства называются соматоформными и представлены в отдельной рубрике.

Под соматоформными расстройствами понимается повторяющееся возникновение физических симптомов, заставляющих предположить соматическое заболевание, которое не подтверждается объективными данными медицинского обследования.

Диагностические категории соматоформных нарушений представлены для взрослых:

- F 45.0 Соматизированное расстройство – основным признаком является наличие множественных, повторно возникающих и часто видоизменяющихся соматических симптомов, которые обычно имеют место на протяжении ряда лет, предшествовавших обращению больного к психиатру.
- F 45.1 Недифференцированное соматоформное расстройство. Полная и типичная клиническая картина соматизированного расстройства не выявляется. Соматические жалобы множественны, переменны и длительны.
- F 45.2 Ипохондрическое расстройство. Больные постоянно предъявляют соматические жалобы или предъявляют озабоченность своим соматическим состоянием.
- F 45.3 Соматоформная вегетативная дисфункция. Жалобы предъявляются больным таким образом, будто они обусловлены физическим расстройством той системы или органа, которые в основном или полностью находятся под влиянием вегетативной нервной системы, т.е. сердечно-сосудистой, гастроэнтерологической и дыхательной систем. Частично относится мочеполовая система.
- F 45.30 Сердце и сердечно-сосудистая система (включается невроз сердца, синдром Да Коста, нейроциркуляторная дистония).
- F 45.31 Верхний отдел желудочно-кишечного тракта (включаются: невроз желудка, психогенные аэрофагии, икота, диспепсия, пилороспазм).
- F 45.32 Нижний отдел желудочно-кишечного тракта (включаются: психогенный метеоризм, синдром раздраженного кишечника, синдром газовой диареи).
- F 45.33 Дыхательная система (включаются: психогенные формы кашля и одышки).
- F 45.34 Мочеполовая система (включаются: психогенное повышение частоты мочеиспускания, психогенная дизурия).
- F 45.38 Другие органы и системы.
- F 45.4 Хроническое соматоформное болевое расстройство. Ведущей жалобой является постоянная, тяжелая и психически угнетающая боль, которая полностью не может быть объяснена физиологическим процессом или соматическим расстройством и которая появляется в сочетании с эмоциональным конфликтом или психосоциальными проблемами.
Но боли мышечного напряжения или мигрень психогенного происхождения кодируются по шифру F54.
- F 45.8 Другие соматоформные расстройства.
- F 45.9 Соматоформное расстройство неуточненное.

Научных исследований, посвященных диагностическим критериям соматоформных нарушений у детей и подростков проведено не много. Об этом свидетельствует обзор Фриц с соавторами (Fritz et al., 1997),

которые проанализировали педиатрическую, психиатрическую и психологическую литературу за последние 10 лет, касающуюся соматизированных, соматоформных нарушений.

В обзоре представлена характеристика соматизированных нарушений, дисморфического синдрома, ипохондрии, конверсионных нарушений, болевого синдрома, дисфагии голосовых складок, рецидивирующей боли в животе психогенного происхождения.

В заключении авторы приходят к выводу о том, что требуется проведение дальнейших исследований, касающихся диагностических категорий и исхода соматоформных нарушений.

Существующие различия психосоматических (соматоформных) заболеваний у детей и взрослых представлены в таблице 1.

Таблица 1

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ (СОМАТОФОРМНЫЕ)
ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

У детей		У взрослых	
1	Ночной энурез	1	Синдром раздраженного мочевого пузыря
2	Психогенная одышка	2	Психогенная одышка
3	Рецидивирующие боли в животе психогенного происхождения	3	Синдром раздраженной толстой кишки
4	Длительный субфебрилитет	4	Длительный субфебрилитет
5	Гипертензия	5	Изменения сердечного ритма
6	Синдром хронической утомляемости	6	Синдром хронической утомляемости

Классификацию психосоматических (соматоформных) заболеваний у детей и подростков по МКБ-10 можно представить следующим образом:

- 45.3 Соматоформная вегетативная дисфункция.
- 45.32 Нижний отдел желудочно-кишечного тракта – рецидивирующие боли в животе психогенного происхождения.
- 98.0 Энурез неорганической природы (ночной энурез).
- 10 Эссенциальная (первичная) гипертензия.
- 03.1 Неспецифическое низкое кровяное давление (артериальная гипотензия).
- 44.2 Цефалгия напряжения.
- 90.0 Синдром дефицита внимания с гиперактивностью.
- 43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство.
- 53 Синдром хронической утомляемости.
- 55 Обморок (синкопэ) и коллапс.
- 43.0 Мигрень без ауры (простая мигрень).
- 43.0 Мигрень с аурой (классическая мигрень).
- 43.3 Осложненная мигрень.

Длительный субфебрилитет, имеющий самостоятельное значение, можно отнести к 45:

- 45 Соматоформная вегетативная дисфункция.

Следует отметить, что психосоматические функциональные заболевания чаще всего находятся в сфере педиатров, поэтому их роль в диагностическом и лечебном процессе с нашей точки зрения является решающей. Во-первых, педиатр чаще всего встречается с этими больными. Во-вторых, значительная распространенность данной патологии (до 90%) намного превосходит возможности детской психиатрической службы и в третьих, большие сложности в плане распознавания и дифференциации психосоматических заболеваний от различных форм соматической патологии могут быть преодолены специалистом, который лучше знаком с соматической патологией, каковым является педиатр. А роль психиатра заключается в диагностике психопатологии. Причем дифференциальная диагностика должна проводиться в медицинском многопрофильном учреждении, имеющем различных узких специалистов, в том числе детского психиатра и психолога.

Для диагностики в психосоматике имеют значение: беседа, сбор анамнеза жизни, психологические тесты.

До настоящего времени педиатрическая практика (диагностика и лечение) характеризуется односторонним, биологическим подходом. Это относится и к психосоматическим функциональным заболеваниям. Психологические тесты – это стандартизированные психодиагностические методы, предназначенные для изучения и оценки (как количественной, так и качественной) своеобразных свойств личности в ее переживаниях и поведении.

Значение психологических тестов заключается в том, что они составлены таким образом, что с их помощью можно получить объективную оценку состояния больного, независимо от субъективных мнений исследователей.

Психологическое обследование больных чаще всего не проводится, а игнорирование психологических аспектов отражается на течении заболевания, на отношении ребенка к своей болезни, лечению, взаимоотношениях в семье, школе, со сверстниками.

За последние годы в клинике функциональных заболеваний НИИ педиатрии РАМН был изучен психологический статус детей с длительным субфебрилитетом, имеющим самостоятельное значение, ночном энурезе, цефалгии напряжения, синдроме дефицита внимания с гиперактивностью, артериальной гипотензии, нейрогенной одышке.

Анализ психологических особенностей детей с ДС позволил выявить некоторые общие черты личности, присущие этим больным: высокую активность детей, преобладание тревожно-мнительных черт, высокий уровень нервного напряжения, раздражительность, подчас агрессивность. Отмечалось формирование личности по интровертированному и тревожному типам, сопровождающееся социально-психологической деза-

даптацией. Почти у всех детей с ДС выявлены акцентуация характера по астено-невротическому, лабильному и эпилептоидному типам.

Анализ психологических особенностей детей с ЦН позволил выделить следующие общие черты личности, присущие этим детям: высокую активность детей, преобладание тревожно-мнительных черт, высокий уровень нервного напряжения, раздражительность, подчас агрессивность. Акцентуация характера у подростков с цефалгией выявлена в 96% случаев. Треть всех подростков имела эпилептоидный или смешанный с ним (в основном, эпилептоидно-истероидный тип). Больные с цефалгиями и патологией шейного отдела позвоночника отличались повышенной эмоциональной неустойчивостью.

При изучении психологического статуса детей с артериальной гипотензией акцентуация характера встречалась в 87,5% случаев с преобладанием астено-невротического, лабильного, циклоидного и неустойчивого типов. Личностные особенности характеризовались эмоциональной неустойчивостью, неуверенностью в себе, в своих силах, повышенной чувствительностью и возбудимостью, высокой тревожностью.

В сфере межличностных отношений эти дети отличались замкнутостью, склонностью к одиночеству, интроверсией. В 87% семей установлены различные виды нарушений семейного воспитания.

У всех детей с ночным энурезом в подавляющем числе случаев выявлялось наличие акцентуации характера. Половина подростков имела эпилептоидный или смешанный с эпилептоидным (эпилептоидно-истероидный, эпилептоидно-неустойчивый и шизоидно-эпилептоидный) типы акцентуации.

Особенности психологического статуса также характеризовались отрицанием каких-либо затруднений, переоценке своих возможностей, эгоцентризмом, лживостью, затрудненным контактом, легко возникающей агрессией. Отмечались также робость и застенчивость перед взрослыми, страх наказания, высокая тревожность, напряженность и раздражительность. Психологическая особенность детей с нейрогенной одышкой характеризуется 100% акцентуацией характера с преобладанием ипохондрического типа личности, наличием истероидного и смешанного типов.

К формированию хронической психотравмирующей обстановки, нарастанию тревоги и напряженности приводит неудовлетворенность межличностными отношениями, конфликтность в разных сферах общения. Психологические особенности детей с психосоматическими функциональными заболеваниями не всегда носят специфичный характер и оказывают влияние на успешность социальной адаптации. Эти особенности требуют соответствующей психологической и психотерапевтической коррекции. Для этого могут быть использованы различ-

ные виды психотерапии: индивидуальная или групповая, когнитивная или поведенческая, семейная психотерапия. Оказывая влияние на отдельные стороны личности ребенка, его отношения с окружающими, самооценку, уровень тревожности, агрессивности можно ускорить адаптивный процесс. Выбор методов психотерапии должен зависеть от особенностей психологического статуса и формы заболевания. Также должны учитываться личностные особенности не только детей, но и родителей.

Лечение психосоматических (соматоформных) заболеваний включает в себя психотерапию и фармакотерапию.

Многие авторы считают, что у психосоматических больных мало-приемлема классическая психодинамическая психотерапия. Как эффективный метод психотерапии может быть использован гипноз. Особо следует отметить возможности гипноза в лечении психосоматических функциональных заболеваний.

В литературе имеются сведения об эффективности гипноза при различных психосоматических заболеваниях, включая головные боли напряжения, бронхиальную астму, язвенную болезнь желудка и др. Наш более чем 35-летний опыт использования гипноза позволяет сделать вывод, что хорошо лечатся этим методом функциональные нарушения и заболевания.

Высокая эффективность гипноза в лечении ночного энуреза клинически нами подтверждена. Мы проводили лечение гипнозом ночного энуреза в двух сериях наблюдений с интервалом 25 лет (в 1968–1975 и в 1991–1996 годы). В обеих сериях был получен почти одинаковый результат эффективности: 92,5% и 91,7% соответственно.

Впервые в мире нами применялся гипноз в лечении длительного субфебрилитета, имеющего самостоятельное значение, также в двух сериях наблюдений с интервалом 25 лет. Эффективность составила 58,8% и 85% соответственно. Различие объясняется улучшением в последние годы лечения латентных очагов хронической инфекции, которые являются поддерживающим фактором нарушенного теплообмена. С успехом применялся гипноз в программе лечения посттравматического стрессового расстройства, которое возникает как следствие психической травмы. С помощью гипноза устраняется психическая травма в острой стадии, путем освобождения «бессознательного» травматического события.

С успехом гипноз применяется в программе лечения нейрогенной одышки, синдрома хронической утомляемости, первичной артериальной гипертензии, экзогенно-конституционального ожирения.

Как показали наши исследования, гипнотерапия также снижает уровень тревожности и агрессивности при вышеназванных заболеваниях.

Релаксационные методики и гипнотерапия широко используются и эффективны не только при длительном субфебрилитете, ночном энурезе, цефалгии напряжения, первичной артериальной гипертензии, но и при дисфункции голосовых складок.

В использовании фармакотерапии большой опыт имеют терапевты. Из широкого спектра психотропных средств предпочтение отдается в первую очередь анксиолитикам (транквилизаторам), а также антидепрессантам, препаратам ноотропного действия и нейролептикам. Транквилизаторы используются при органичных неврозах, нозогенных реакциях, протекающих с преобладанием невротических (тревожно-фобических и соматизированных) расстройств, явлениями истероида (конверсии) и нарушениями сна.

У взрослых непосредственный эффект лечения отмечен при применении психотерапии в 79% случаев, а фармакотерапии в 69%. При оценке отдаленных результатов 3-х летнее катамнестическое наблюдение – выявлено обратное соотношение: эффект фармакотерапии более стоек в 60% случаев, а психотерапии в – 50%.

Для лечения посттравматического расстройства, синдрома хронической утомляемости, синдрома дефицита внимания с гиперактивностью разрабатываются специальные лечебные программы.

Можно считать, что в наши дни понятие стресса вышло за границы сугубо профессионального использования и стало состоянием массового сознания. Доказано, что чрезмерный стресс снижает сопротивляемость организма и может вызвать развитие характерных патологических изменений. Чаще возникают язвенная болезнь, аллергические реакции, в том числе бронхиальная астма и др.

Существует мнение ученых, что причины высокой смертности среди россиян скрыты в психоэмоциональном стрессе, вызванном экономическими потрясениями 1990-х годов.

Исследования, проведенные в последние годы (528 детей школьного возраста, страдающих функциональными заболеваниями: длительным субфебрилитетом, имеющим самостоятельное значение (ДС), ночным энурезом (НЭ), цефалгией напряжения (ЦН), первичной артериальной гипертензией (ПАГ), нейрогенной одышкой (НО)), выявили у половины из них наличие посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). При ДС – 34,4%, НЭ – 48,7%, ЦН – 44,8%, ПАГ – 38,6%, НО – 67,5%. По нашим данным у детей школьного возраста г. Москвы наличие посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) составляет 32,9%. А у детей, страдающих психосоматическими функциональными заболеваниями от 34 до 67,5%.

Среди событий, вызвавших посттравматическое стрессовое расстройство, треть детей по всем вышеуказанным нозологиям указало причиной

первой: смерть родных и близких – 31,3% от всех причин, второй – гибель и пропажа любимых животных и птиц 18,3%, третьей – ссоры в семье, пьянство отцов, развод родителей – 15,4%, четвертой – переживания по поводу своих болезней и травм – 11,2%. На остальное приходилось на события, связанные с напряженными взаимоотношениями в школе с учителями и товарищами по учебе, проблемы с успеваемостью.

Диссоциация, как маркер перенесенной психической травмы при функциональных заболеваниях установлена: при ДС – 29%, НЭ – 30%, ЦН – 30%, НО – 36%.

Высокая частота посттравматического стрессового расстройства и высокая частота диссоциации при функциональных заболеваниях свидетельствует об участии в их возникновении психических стрессовых воздействий. Это и дало нам возможность обозначить данный вид патологии как психосоматические функциональные заболевания.

Результаты наших исследований совпадают с данными о высокой корреляции между посттравматическим стрессовым расстройством, диссоциацией и соматизацией.

Нами разработана эффективная немедикаментозная психолого-психотерапевтическая программа лечения ПТСР у детей и подростков с ПТСР, возникающим в результате экстремальных ситуаций.

Лечение психосоматических функциональных заболеваний должно проводиться преимущественно немедикаментозными методами. В любом случае психотерапевтическим методам придается особое значение: это индивидуальная, групповая, семейная психотерапия; терапия, вскрывающая конфликт; поддерживающие и обучающие методики, гештальт-терапия и др.

При психосоматике с органическими поражениями органов и систем психотерапия сочетается с фармакотерапией.

Нами, помимо разработки формуляров при длительном субфебрилитете, ночном энурезе, цефалгиях, артериальной гипотензии и др., разработаны эффективные психолого-психотерапевтические программы для лечения ночного энуреза, посттравматического стрессового расстройства, нейрогенной одышки, первичной артериальной гипертензии. Учитывая то, что до настоящего времени при детских лечебных учреждениях отсутствуют психосоматические функциональные отделения, где могла бы осуществляться дифференциальная диагностика и целенаправленная эффективная медицинская помощь, эти больные как бы «растворяются» среди различных специалистов, которые, как показывает практика, не всегда знакомы с диагностикой и лечением этих заболеваний и не оказывают эффективной помощи.

Это объясняется тем, что эта патология относится к смежным областям педиатрической медицины, психиатрии, клинической психоло-

гии. Эта сфера знаний продолжает развиваться в условиях жесточайшей регламентации, бюрократизации и консерватизма международной классификации заболеваний.

В плане дальнейших исследований требуется продолжение эпидемиологических исследований (изучение распространенности и структуры психосоматических функциональных заболеваний в возрастном аспекте в различных регионах страны). При этом могут быть выявлены факторы риска и намечены пути популяционной профилактики.

Требуется уточнение роли психологических особенностей в происхождении и в течении различных форм психосоматических функциональных заболеваний. Следует также продолжить разработку формуляров психосоматических функциональных заболеваний и изучение причин хронизации некоторых форм психосоматической функциональной патологии.

Необходимо продолжить поиск новых немедикаментозных методов лечения с точки зрения доказательной медицины, а также разработать дозировки двигательной активности при различных психосоматических функциональных заболеваниях.

Нужно широкое внедрение гипнотерапии как одного из базовых методов в лечении психосоматических функциональных заболеваний.

ПСИХОСОМАТИКА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ

В современной медицине все большее внимание стало уделяться эмоциональным факторам в возникновении заболевания. Многие врачи используют в своей практике психологические подходы к объяснению причин заболевания. Однако не так-то легко интегрировать медицинские и психологические знания, хотя хороший врач постоянно этим занимается в своей повседневной работе. И эффект от терапии зачастую зависит от создавшихся доверительных отношений между врачом и пациентом. На сегодняшний день осуществлено много научных исследований, раскрывающих причину и методы лечения болезней, но как показывает опыт, многие болезни тяжело поддаются излечению и частота и тяжесть заболеваний не уменьшаются. Почему? Может быть, правильнее было бы назвать существующую медицину – психосоматической медициной, а соматические болезни – психосоматическими. И вдуматься в слова Гиппократовы, что лечить надо не болезнь, а больного. Невозможно оторвать душу от тела. Так почему болеет человек, какие причины вызывают болезнь?

Современный научный подход к лечению детей, страдающих психосоматическими заболеваниями, требуют новых знаний в психологии больного.

Впечатляют размышления гуманиста Алана Грегга, который рассматривал прошлое и будущее медицины в широкой перспективе:

«Дело в том, что все органы и системы в человеке анализируются по отдельности; значение этого метода огромно, но никто не обязан использовать лишь этот метод. Что же объединяет наши органы и функции и удерживает их в гармонии? И что может сказать медицина о поверхностном разделении «мозга» и «тела»? Вследствие чего личность становится цельной? Необходимость нового знания здесь мучительно очевидна. Но это больше, чем просто необходимость, это – предзнаменование грядущих изменений. Необходимо взаимодействие с другими науками – психологией, культурной антропологией, социологией и философией, а также химией, физикой и терапией внутренних болезней, для того чтобы попытаться решить проблему дихотомии мозга и тела, оставленную нам Декартом».

История возникновения и научного обоснования психосоматической медицины существует давно. Еще в 17 веке проблемой души и тела занимались Декарт, Спиноза, Лейбниц. Впервые термин «психосоматический» ввел немецкий врач Heiproth. В 1818 году он сформулировал: «Причины бессонницы обычно психически-соматические, однако каждая жизненная сфера может сама по себе быть достаточным основанием». Gross также придерживался психосоматических воззрений, когда он в 1824 г. писал: «Если мы будем искать первопричину многообразнейших заболеваний, то найдем ее в непосредственном вредном влиянии страстей на тело». Большой вклад в понятия «психосоматические заболевания» и «психосоматическая медицина» внес венский психоаналитик Дейч (Deutsch F., 1953). О телесных заболеваниях говорили и раннее другие психоаналитики (Groddeck G., Ferenczi S., Jelliffe), но понимание их было другим. В настоящее время число последователей психосоматического подхода возросло, но до сих пор не решенным остается вопрос практического применения психоаналитических теории в терапии и профилактике больного.

Учитывая, что на прием к врачу приходят разные по психической структуре личности, то и подход к их страданиям должен быть неодинаковым, так как каждый человек по-своему реагирует на причину, вызвавшую симптомы болезни. Единственное, что у людей общего – это универсальность прохождения ими этапов психофизического развития.

Существующие на сегодняшний день теории психосоматических заболеваний бывают противоречивы. Поэтому для создания общей картины необходимо привлекать одновременно несколько моделей, не ограничиваясь какой-либо одной из них. Существующие теории можно разделить на те, которые описывают феномены, проявляющиеся у больных, механизмы действия заболевания, и те, которые изучают причины возникновения и историю формирования болезни. Оба подхода клинически значимы и по-разному раскрывают сложную картину психосоматического заболевания. Это разделение условно, некоторые теории стремятся к использованию двух подходов, особенно в современной психосоматической медицине.

Большой вклад в развитие психосоматической науки внес З.Фрейд. Ряд открытых им феноменов на долгие годы вперед определил направление развития психоаналитически-ориентированной психосоматической медицины, повлиял также и на других исследователей интересующихся соотношениями тела и психики.

Впервые идею конверсии З. Фрейд постулировал в работах «Психоневрозы защиты» (1894) и «Исследования истерии» (1895). Под конверсией понимается смещение психического конфликта и попытка

разрешить его через различные симптомы в области тела – соматические, моторные (например, различного рода параличи) или чувственные (например, утрата чувствительности или локализованные боли).

В конверсионных симптомах всегда можно увидеть символическое выражение конфликтного чувства, которое подавляется и вытесняется. Тело при этом служит сценой символического выражения происходящего. Происходит «отделение либидо» от бессознательных, вытесненных представлений, и преобразование этой либидозной энергии в соматическую иннервационную энергию. Благодаря такому «переносу» либидозного заполнения из области психического в область телесного, патогенный конфликт удаляется из сознания. В соматическом симптоме символически представлено то, что содержится в бессознательной фантазии. При этом важно, что телесный симптом символизирует бессознательный конфликт пациента, имеющий по З.Фрейду преимущественно генитально-сексуальную (эдипальную природу). Это, как правило, треугольный конфликт между ребенком, матерью и отцом.

В соответствии с конверсионной моделью, с появлением соматического симптома пациент испытывает эмоциональное облегчение благодаря смятению гнета бессознательного конфликта. При истерической конверсии, органический симптом является частью содержания психических представлений, т.е. конверсия сама является психическим действием (специфической формой вытеснения). Конверсионные симптомы обычно легко поддаются лечению, направленному на осознание бессознательного конфликта, и, как правило, не угрожают жизни больного.

Ф.Дейч попытался расширить концепцию истерической конверсии в рамках психоаналитического учения о неврозах. Он разработал концепцию соматического языка (Deutsch F., 1924, 1939, 1959).

Дейч понимает процесс конверсии как постоянный, действующий в течение всей жизни, движимый общим произвольным стремлением к подавлению инстинктов, сопряженному с необходимостью постоянного сброса излишней инстинктивной энергии. Он утверждает, что процессы конверсии являются необходимыми формами психического выражения, под воздействием культурных требований к человеку. И это реакции, направленные на поддержание здоровья. Дейч разделяет «постоянную дробную конверсию», которая обеспечивает дробное разрушение тревоги и таким образом поддерживает здоровье, и «внезапную конверсию», которая возникает при недостаточном вытеснении отраженных инстинктивных импульсов и чрезмерном выбросе тревоги и, соответственно, срыве соматической адаптации.

Конверсионный поток Дейч называет соматическим языком, который является языком инстинкта. При этом он понимает специфичес-

кую позу человека как отражение его бессознательной картины тела, основные черты которой приобретаются в раннем детстве, то есть до начала развития речи, что особенно важно для нашего исследования. Нарушения соматического языка, проявляющиеся в органическом симптоме, Дейч сводит к тому, что вследствие органического повреждения, возможно еще в перинатальном периоде, ослабляется психическое представительство соматики, телесное «Я», что приводит к недостаточной защите от инстинктов и создает предрасположенность затронутой системы органов к повышенной их ранимости.

Таким образом, можно представить некоторую систему координат, на которой человек будет расположен либо ближе к соматическому полюсу, соответственно при стрессовой ситуации, чрезмерной тревоге сбой дадут системы соматического реагирования, либо к психологическому, тогда будет задействована психическая переработка конфликта.

Джойс Макдугалл расширяет понятия истерия и соматический язык, используя яркие метафоры для определения психосоматического страдания в своей концепции «архаической истерии» (J. McDougall, 1978, 1985).

Джойс Макдугалл в своем описании психических и психосоматических феноменов использует метафору театра. Она считает, что тело служит границами, в которых разыгрываются психические сцены внутреннего театра. И то, как именно человек воспринимает свое тело, образно и символически и определяет, какие сцены будут разыгрываться. С одной стороны, может быть невротический телесный театр, и тогда телесные симптомы имеют символический смысл и могут быть выражены в языке. С другой стороны, возможен психотический телесный театр, когда «тело сходит сума» в случае психосоматического заболевания. Макдугалл пишет: «Когда перед нами радикальное отделение психе от сомы, больные не понимают, как связаны их физические проявления с их психологическим бытием, так как они понятия не имеют, что у их сознания отображены его собственные телесные послания...» Соматическая заменяет творческую активность «Я» телесными посланиями-сигналами и предлагает псевдорешения психического стресса. Тело ошибочно расшифровывает конфликт как физиологическую угрозу. Несмотря на отсутствие прямого символического материала и бессознательных фантазий в психосоматических симптомах, Макдугалл утверждает, что они имеют в основе своей «чрезвычайно примитивную телесную фантазию» и телесные сообщения можно рассматривать как форму сообщений (коммуникации), которые связаны с «дoвербальным символизмом». Отсюда следующее предположение Макдугалл о том, что психосоматические заболевания можно рассматривать как форму архаической истерии.

В отличие от предыдущих авторов, которые пытались расширить концепцию конверсионной истерии, в своей модели вегетативного невроза (Alexander, 1950) Ф. Александер настаивает на систематическом различии конверсионных феноменов и органических нарушений психосоматических заболеваний, понимаемых им как «вегетативные неврозы». Разделение обеих групп симптомов Александер проводит не только психоаналитически, но и физиологически.

Физиологическая разница заключается в том, что истерические феномены локализуются в «произвольной моторике и сенсорной перцепции», в то время как связанные с «вегетативным неврозом» органические симптомы затрагивают органы, управляемые вегетативной нервной системой, «не обладающей прямой связью с мыслительными процессами. Психодинамически, разница состоит в том, что симптомы вегетативного невроза являются не попыткой выражения подавленного чувства, как в случае конверсии, а физиологическим сопровождением определенных эмоциональных состояний. Если бессознательный конфликт не имеет выхода в соответствующем внешнем проявлении, то он приводит к эмоциональному напряжению, сопровождаемому устойчивыми изменениями в вегетативной нервной системе. Подобные изменения в вегетативной нервной системе могут повлечь за собой изменения ткани, а возможно даже необратимые поражения органов. В отличие от конверсии, в этом процессе отсутствует символический выразительный характер выбора органа поражения, а также не происходит эмоциональное облегчение благодаря возникновению тех или иных симптомов болезни. Наоборот, переживание физического страдания может еще более осложнить психические проблемы.

Особое внимание Александер направил на соотнесение специфических конфликтных констелляций с определенными физиологическими типами реакций. В этом смысле он говорит о векторном качестве психических процессов, выделяя три вектора:

- 1) стремление к поглощению;
- 2) стремление к выделению;
- 3) стремление к удержанию.

Александр считает, что эти векторы не только обозначают психодинамические тенденции, но одновременно отражают основные принципы всех биологических процессов.

М. Шур на основе изучения психодинамики кожных заболеваний выдвинул общую психосоматическую концепцию десоматизации – ресоматизации (Schur M., 1955), затрагивая абсолютно иной аспект проблем психосоматического развития.

Исходя из этой концепции, психосоматические заболевания вводятся в контекст развития «Я» и понимаются как специфическая фор-

ма нарушений базисных функций «Я». Шур основывается на теории психологии «Я», выдвинутой Хартманом (Hartmann, 1939, 1948, 1956; Kris, Loewenstein, 1946; Rapaport, 1951). В этой концепции описание «Я» дается преимущественно через функции защиты от инстинктивных импульсов, исходящих из «оно», и функции адаптации к окружающей среде. Шур предлагает концепцию «Я» как адаптационного органа, работающего с нейтрализованной инстинктивной энергией. Он указывает на то, что процесс нейтрализации связан с постепенной и прогрессирующей десоматизацией поведения.

Изначально младенцы в силу их недифференцированных психических и соматических структур реагируют бессознательными первичными процессами на нарушения гомеостаза их физиологической регуляции. В дальнейшем развитие ребенка идет как процесс десоматизации, в ходе которого либидозные и агрессивные энергетические напряжения нейтрализуются; совершенствуются, становятся более зрелыми как психические, так и соматические механизмы; дифференцируются центральная и вегетативная нервная системы; улучшается координация и произвольное управление движениями; совершенствуются процессы восприятия; ребенок становится более мобильным. По мере взросления вегетативные процессы отвода либидозного и агрессивного напряжения все более отходят на задний план. Возрастающая структурированность «Я» по ходу прогрессирующего созревания позволяет все более осознанные процессы, соответствующие вторичным психическим процессам. Активные действия и соматические реакции постепенно заменяются речью и внутренними переживаниями. Становятся возможными рефлексия, контроль инстинктов и аффекта, тем самым обеспечивается способность индивида нейтрализовать энергию инстинкта. В процессе десоматизации растущий индивидуум становится все более независимым от вегетативных процессов для поддержания своего гомеостаза. Однако в результате того или иного неблагоприятного развития и фрустрации, нормальный процесс десоматизации может обернуться регрессией в форме ресоматизации аффекта. В ситуациях внутренней или внешней опасности происходит возвращение преодоленного соматического способа реагирования.

Также рассматривая механизмы защиты, но в другом направлении двигается А. Митчерлих. Им была предложена модель двухфазной защиты или двухфазного вытеснения (Mitscherlich A., 1954, 1968). В данной концепции развитие психосоматического процесса представляется в такой последовательности:

1. Сначала человек пытается справиться с конфликтом при помощи исключительно психических средств на психосоциальном уровне:

- а) при достаточно зрелой личности человек пытается разрешить конфликт при помощи обычных средств социального взаимодействия (например, путем обсуждения соответствующих проблем и конфликтов) или посредством нормальных (здоровых) механизмов защиты (вытеснение, регрессия, реактивное образование, изоляция ситуации, когда делается вид, «будто ничего не произошло», отрицание и отречение, проекция, интроекция и т.д.);
- б) в случаях, когда использования нормальных (здоровых) механизмов защиты недостаточно, подключаются невротические (патологические) защитные механизмы (например, невротические депрессии, навязчивые мысли и действия, страхи и фобии и т.п.);
- в) бывают ситуации, когда защитные механизмы включают поведение личности в целом; в таких случаях говорят о невротическом развитии личности или неврозе характера.

2. Если по каким-либо причинам не удастся справиться с угрожающим собственному существованию конфликтом чисто психическими средствами, подключается защита второго эшелона – соматизация, которая со временем может привести к структурным изменениям в том или ином органе. Это защита на психосоматическом уровне.

3. Выделяется еще и третий уровень защиты – психотическое симптомообразование. Когда в результате операции большой лишается возможности защиты по типу второго (соматического) эшелона – защита далее часто идет на уровне психотического симптомообразования. И наоборот – опыт психиатрических больниц показывает, что, когда психотические больные заболевают, их психотическая симптоматика на время смягчается или даже почти снимается.

Интересна концепция нарушения соматического чувства «Я» Пауля Федерна (Federn, 1952), который видит в «Я» нечто большее, чем защитные механизмы.

Федерн не работал напрямую с психосоматическими заболеваниями, его выводы были сделаны на основе опыта работы с аффективными расстройствами и зависимостями, но его теоретические находки активно используются в современной психосоматической медицине. Федерна прежде всего интересовали различные «состояния Я». Для него «Я» не равнозначно сумме своих функций или защитных механизмов, это – постоянное психическое переживание, обозначенное им как «чувство Я». «Чувство Я» можно описать как чувство связи психики и сомы во времени и содержании, причем связь следует понимать как непрерывное или как восстанавливающееся единство», – отмечает П. Федерн. Он разделяет соматическое и психическое чувство «Я». Центральное место занимает концепция «границ «Я»», отделяющая «Я» от не-«Я». Введение этого понятия необходимо для того, чтобы выра-

зитель, что «Я» ощущается настолько, насколько хватает чувства единства его содержания. Чувство единства «Я» обусловлено, по Федерну, взаимосвязанной загрузкой «Я». Эту «специфическую загрузку» Федерн обозначает как «ego cathexis», заполняющую, наряду с различными функциями, границы «Я», от протяженности которых зависит интенсивность актуального чувства «Я». По мнению Федерна, качество нарциссической загрузки влияет на оценку реальности и на постоянное полное чувство тела, стойко и незаметно дающее отграничение от внешнего мира. Соответственно Федерн понимает болевой опыт как специфическое действие «Я». Он разделяет два вида боли: «страдание от боли» и «ощущение боли». Причем страдание от боли он понимает как выражение активной деятельности «Я», в ходе которой происходит переработка травмирующего события, внутри переживания границ «Я», причем «Я» воспринимает полную интенсивность происходящего. В случае простого ощущения боли, вызывающее боль событие перерабатывается не внутри границ «Я», а воспринимается как нападение извне, болезненно затрагивающее границу «Я». Вследствие этого болезненное событие не может быть переработано. При каждом возвращении или каждом воспоминании об этом событии вновь происходит наталкивание на границу «Я», и это постепенно приводит к травматическим последствиям. Эта неспособность перерабатывать болезненные переживания связана с недостаточной загрузкой границ «Я» нарциссическим либидо. Эта слабость «Я» обозначается Федерном как «первичная неспособность». Для того чтобы сохранить «Я» от дезинтеграции, болезненное событие не перерабатывается «Я», а вводится другой способ, также саморазрушительный: аффективное и психосоматическое расстройство, злоупотребление психоактивными веществами.

Аммон Г. (Ammon G., 1973) видит связь феноменов, описанных Федерном преимущественно для аффективных расстройств, с феноменами, наблюдаемыми в психосоматической практике. Психосоматический симптом также выступает как саморазрушительная попытка восполнить и компенсировать нарциссический дефицит, возникший при формировании границ «Я», и таким образом сохранить интеграцию личности. Аммон описал этот дефицит, как дефект отграниченности «Я», назвав его «дырой в «Я»».

Там, где Федерн говорит о «первичной неспособности», М. Балинт в свою очередь для понимания психосоматических больных предлагает модель исходного нарушения (M. Balint, 1935, 1948, 1949).

М. Балинт так определяет понятие базисного нарушения: «исходное (базисное) нарушение» – это изъян, некое нарушение в психическом аппарате, дефицит, который должен быть восполнен...» (1935). Балинт считал, что самовосприятие у психосоматических больных более ла-

бильно, чем у психически здоровых людей. Их настроение зависит от необходимости постоянного присутствия рядом другого человека, который бы их защищал и поддерживал, обеспечивая им ощущение целостности. Злоупотребление таким присутствием приводит к тому, что им тяжело открыто выражать свою агрессию. Они постоянно боятся спровоцировать своей агрессией расставание с людьми, присутствие и поддержка которых им так необходима. В ходе индивидуализации человеку неизбежно приходится проявлять агрессию. Среди прочего, агрессия служит «регулированию близости дистанции» в отношении с матерью и другими значимыми объектами. У психосоматических больных нет достаточного дистанцирования от защищающего материнского объекта. В результате им очень трудно направлять в случае необходимости агрессию именно против этого объекта, поскольку в их фантазии такая агрессия означает для них одновременно аутоагрессию.

Людям, склонным к психосоматическим реакциям, в целом труднее проявлять негативные аффекты, чем психически здоровым людям. Возникают также проблемы и с переживанием либидозных аффектов. Для «исходного (базисного) нарушения» характерен недостаток эмоциональных проявлений. Поэтому такие люди вынуждены решать свои психические проблемы на уровне тела. Их аффекты в значительной мере связаны с соматическими реакциями, а способность к психическим, символическим и вербальным представлениям ограничена.

В работе с психосоматическими пациентами М. Балинт подчеркивает необходимость преодоления излишней симбиотической зависимости от матери и прорабатывания нарциссических и сепарационных конфликтов.

Помимо исследования причин психосоматических заболеваний, исследователи часто ставили вопрос о специфическом портрете психосоматического больного. Так, в концепции «профиля личности» Дунбара (Dunbar F., 1943) была предпринята попытка, связать различные психосоматические заболевания с определенными типами личности, то есть найти некоторую констелляцию черт личности, которая является патогенной, для тех или иных психосоматических заболеваний. Были обнаружены так называемые «язвенный тип», «сердечный тип», «артритный тип» и т.д. Позже это направление не оправдало надежд, так как в обнаруженных профилях личности было много похожих черт, то есть не было специфических для отдельных психосоматических заболеваний профилей личности (Карвасарский Б.Д., 1982). Наиболее жизнеспособной оказалась концепция поведенческого типа А, сформулированная М. Фридманом и Р. Ройзенманом применительно к группе сердечно-сосудистых психосоматических заболеваний. Согласно этой концепции наиболее часто психосоматическая патология развивается

у лиц с определенным типом активности, для которых характерно постоянное стремление к успеху, состязанию, а появляющийся дефицит времени компенсируется ускорением темпа жизни и работы.

Однако открытым остается вопрос – являются ли эти выявленные особенности преморбидными свойствами личности или они возникают в процессе заболевания?

В последнее время многими исследователями в качестве базисной характеристики личности психосоматического больного признается наличие инфантильной личностной структуры, невротической жизненной позиции, ограниченности в способности к самореализации (Карвасарский Б.Д., 1982; Карвасарский Б.Д., Простомолов В.Ф., 1988; Литвак М.Е., 1992, 1993; Николаева В.В., 1991; Рейковский Я., 1979; Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В., 1990). Благодаря их исследованиям были установлены определенные закономерности, связанные с личностными особенностями психосоматических больных, что позволяет построить адекватную психотерапевтическую работу с этими пациентами.

В последнее время широкое распространение получила концепция алекситимии Сифнеоса (Sifneos P. E., 1973), которая также рассматривается как личностная черта, присущая психосоматическим больным и связанная прежде всего с патологией аффекта. Термин алекситимия, введенный Сифнеосом, обозначает ведущее психологическое расстройство, лежащее, по его мнению, в основе психосоматических заболеваний – ограниченная способность индивида к восприятию собственных чувств и эмоций, их неадекватная вербализация и экспрессивная передача, т.е. неспособность человека к эмоциональному резонансу. Ограничение способности воспринимать чувства и трудности в сообщении внутренних переживаний особенно выражены у психосоматических больных. Близкое понимание феномена, наблюдаемого у психосоматических больных, было предложено парижской школой психосоматики Марти и де М'Юзаном (Marty P., M.de M'Uzan, 1963). Они описали тип психосоматического больного, характеризующегося неспособностью к свободному фантазированию, повышено «оперативным мышлением» и «свободным от сновидений конкретизмом». П. Марти и М. де М'Юзан описывают такие феномены, наблюдаемые у психосоматических больных: отсутствие грез и сновидений, ложное овладение реальностью, отсутствие ассоциаций; мышление не служит признаком действия, а дублирует его, не связано с реальным внутренним объектом.

Многочисленные исследования, направленные на изучение алекситимии, показали, что это – особый психологический симптомокомплекс, включающий эмоциональные, когнитивные и личностные проявления. Так, эмоциональная сфера слабо дифференцирована и связана с телесными проявлениями и ощущениями, вегетативными коррелята-

ми; характеризуется неспособностью к распознаванию и точному описанию как своего, так и чужого эмоционального состояния. Когнитивная сфера отличается недостаточностью воображения, конкретностью, заземленностью фантазий, преобладанием наглядно-действенного мышления над абстрактно-логическим, слабостью функций символизации и категоризации, ригидностью и конкретностью когнитивного стиля. Личностные проявления алекситимии связаны с некоторой примитивностью жизненной направленности, инфантильностью, недостаточностью рефлексии. Все это может приводить к чрезмерному прагматизму, невозможности целостного представления о собственной жизни, дефициту творческого отношения к ней, трудностям в общении, легкости возникновения аффективных срывов. На поведенческом уровне алекситимия проявляется в заметном рассогласовании между богатством невербального поведения в эмоциональных ситуациях и бедностью его вербального означения. Данные нарушения в когнитивно-аффективной сфере, снижающие способность вербализации аффекта, способствуют избыточному физиологическому ответу на негативные воздействия внешней среды, что собственно и обуславливает появление соматической симптоматики.

Природа алекситимии до сих пор так до конца и не выяснена. Есть множество гипотез о природе алекситимии – от чисто физиологических до психологических. Распространена гипотеза о тонкой мозговой дисфункции – нарушении межполушарного взаимодействия и ослабления функции правого полушария (Коростелева И.С., Ротенберг В.С., 1991; Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В., 1990; Psych, 1984; Taylor, 1985; Tenhonten et al., 1985). В.В. Николаева (1991) считает, что алекситимия есть результат прижизненного формирования психики в особых, дефицитарных в том или ином отношении условиях, а также недостаточность, несформированность деятельности саморегуляции как особого функционального органа, обеспечивающего активное, творческое отношение к собственной жизни. Другие исследователи видят источник алекситимии в дисфункциональных стереотипах взаимоотношений в родительских семьях, когда не поощряются свободная экспрессия чувств, особенно при столкновении с реальностью и ломкой жизненных устоев (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В., 1990). Нельзя упускать из вида и наличие такого фактора, как особенности развития когнитивной сферы (Николаева В.В., 1991).

Одной из тем психосоматического страдания часто становится внутренний конфликт и стресс. Эта тема широко освещается в концепции стресса Ганса Селье (Selye, 1972), концепции потери объекта Фрайбергера (Freyberger H., 1976) и модели отказа от веры в будущее Энгеля и Шмале (Engel, Schmale, 1968).

Эта концепция позволяет объяснить взаимоотношения психического и соматического за счет привлечения двойственного понятия – «эмоциональный стресс». Так, зарождение клинического симптома описывается на языке внутриличностного конфликта, который порождает состояние стресса, дальше описание переходит на физиологические механизмы. Физическая или душевная нагрузка или перегрузка (стресс) требует стрессовой реакции организма, а именно – приспособления к непривычным стрессорам. Энгель и Шмале (Engel G., Schmale A., 1968) изучали стрессовые реакции на реальной или воображаемой потере объекта. Они установили, что если потеря объекта ведет к чувству беспомощности и безнадежности (given up – giving up), часто возникают психосоматические заболевания. В этом же направлении велись исследования Фрайбергера (Freyberger H., 1976) – концепция «утраты значимых для индивида объектов»; и «интегральный психоанализ», созданный Норберто Р. Кенне (1976) и развиваемый Клаудией Б. Пачеко (1991).

Согласно теории Фрайбергера, комфортность самочувствия субъекта зависит от одушевленных и неодушевленных факторов окружения, к которым у субъекта имеется сильная привязанность. Реальная утеря объектов или воспринимаемая субъективно как утрата приводят к такому состоянию индивида, которое в клинической психиатрии называют соматизированной депрессией. Это клиническое состояние понижает толерантность личности к стрессам, в результате чего может возникнуть психосоматическое заболевание. Во многом сходную точку зрения отстаивают Тополянский В.Д. и Струковская М.В. (1986).

Сторонники интегрального психоанализа видят главную причину стресса в психической жизни индивида – в его борьбе с осознанием, которая может проявляться либо страхом, либо гневом, либо и тем и другим вместе взятым. Сопротивление осознанию – это своеобразные установки человека, которые индивид может доводить, а может и не доводить до осознания, но вне сознания индивида эти реакции, как правило, вызывают гормональную реакцию организма. При постоянном выделении этих гормонов и в результате этого происходят гормональные, метаболические и функциональные расстройства, иммунологические дисфункции и органические заболевания (Пачеко К.Б., 1991).

Вслед за теорией эмоционального стресса, мы можем рассмотреть теорию поисковой активности Ротенберга В.С. и Аршавского В.В. (1984), в которой продолжается эта тема, но немного в другом ключе.

Эта теория патогенеза психосоматических заболеваний связывает психические и соматические процессы через поисковую активность, под которой понимается активность, направленная на изменение внешнего или внутреннего плана ситуации при отсутствии определенного прогноза результатов деятельности в ней, но при постоянном их учете.

Такое определение подразумевает широкий круг личностных факторов, обуславливающих устойчивость человека к отрицательным воздействиям внешней среды, и предполагает, что человек, переживающий стресс, является не пассивным объектом воздействия внешних условий, а выступает активным субъектом, пытающимся изменить (реорганизовать) ситуацию так, чтобы она была приемлема для него. Поисковая активность является общим, неспецифическим фактором, влияющим непосредственно через внутреннее взаимодействие различных отделов нервной и эндокринной систем на резистентность организма к вредным воздействиям внешней среды. В случае, когда изменение внешнего или внутреннего планов неприемлемой ситуации не может быть реализовано, вполне возможно развитие отказа от поиска. Это состояние характеризуется тем, что неудачи в деятельности (реальные или существующие в сознании) начинают приобретать для человека большую эмоциональную значимость и личностный смысл, чем само достижение цели. То есть можно говорить о деформации мотивационной сферы личности и искажении структуры личностных смыслов, определяющих взаимоотношения человека с окружающей действительностью (Коростелева И.С., Ротенберг В.С., 1991). Пути формирования отказа от поиска могут быть различными. Например, воспитание ребенка, характерными чертами которого является предоставление решений в готовом виде и ограничение самостоятельности, приводит к отмиранию поисковой активности и формирует определенный стиль поведения в ситуации фрустрации – капитуляцию перед трудностями. Это в свою очередь способствует снижению сопротивляемости организма и развитию психосоматических заболеваний (Ротенберг В.С., 1989).

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА КАК ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

Одним из самых тяжелых психосоматических заболеваний считается бронхиальная астма (далее – БА). Ф. Александер называет астму «королевой психосоматики».

Дыхательная система – сложный физиологический «аппарат», который включается в работу только при рождении ребенка с его первым самостоятельным вдохом, так как в период внутриутробного развития кислород поступает в организм через пуповину. Фактически это резкое столкновение младенца с другой средой. Можно сказать, что это первый травматический опыт сепарации (разделения) с матерью. Поэтому некоторые ученые отмечают важность проживания периода родов ребенком и матерью.

Наиболее распространенными заболеваниями в детском возрасте называют заболевания органов дыхания.

Часто уже на первом году жизни ребенок переносит от одного до нескольких заболеваний дыхательных путей, в том числе приступы затрудненного дыхания.

Бронхиальная астма характеризуется неоднократно повторяющимися приступами затруднения дыхания вследствие сужения бронхов даже самого мелкого калибра из-за спазма мышц дыхательных путей, чрезмерного выделения слизи и отека слизистой оболочки.

В этиологии БА большое значение имеет склонность организма к аллергическим реакциям, которые в значительной степени обусловлены наследственной конституцией больного. Обычно в раннем возрасте у детей, страдающих БА, отмечаются признаки аллергии – в виде кожных высыпаний или других аллергических проявлений (встречается у 40–70% больных с БА). Спровоцировать приступ астмы могут не только попавшие аллергены (обычно с вдыхаемым воздухом), но и физическая нагрузка, перегревание или переохлаждение, резкие изменения погоды или психические нагрузки (Шабалов Н.П., 1991).

Детская астма наиболее часто начинается в первые три года жизни. 75% детей заболевают в этом возрасте (Falliers С., 1970). Типичный приступ астмы может возникнуть впервые после острой респираторной инфекции, профилактических прививок, психических или физических травм.

Большое разнообразие и атипичность клинических проявлений астмы в детском возрасте нередко затрудняют своевременную диагностику и могут приводить к утяжелению заболевания. Раннее начало заболевания, утяжеление течения, тенденция к увеличению заболеваемости, инвалидизация и социальная дезадаптация вследствие заболевания – все это превратило бронхиальную астму не только в медицинскую, но и социально-психологическую проблему.

Роль психологических факторов в этиологии бронхиальной астмы

Влияние эмоций на дыхательную функцию хорошо знакомо каждому. О внезапной остановке дыхания в момент тревоги говорят, что «захватило дух» или «перехватило дыхание». Вздох является распространенным выражением чувства отчаяния. Другой сложный экспрессивный феномен, включающий в себя экспираторную фазу дыхания – это плач. Но прежде всего дыхание – важный компонент речи.

По причине тесной связи между эмоциональным напряжением и дыхательными функциями возможно, что при большинстве заболеваний органов дыхания психологические факторы играют важную роль.

Известно мнение Гиппократа, писавшего о возможности развития удушья у больного с бронхиальной астмой под влиянием страха и эмоционального напряжения. Практически все изучавшие бронхиальную астму обращали внимание на роль психотравмирующих обстоятельств в ее формировании и обострении.

Но несмотря на широкое распространение астмы, основные механизмы этой болезни остаются еще недостаточно понятными. «Астматические симптомы» были описаны еще в античности. На сегодняшний день существует множество работ, посвященных изучению бронхиальной астмы. Однако это ненамного продвинуло знания о связи психологических факторов и симптоматических проявлений астмы.

В исследованиях Рииз (Rees P., 1964) были обнаружены следующие факторы заболевания: психосоматические у 41,5 % обследуемых, инфекционные у 41,5 %, аллергические у 17 %.

В психоаналитической литературе рассматривались следующие модели возникновения астмы как взаимодействия двух факторов – психологических особенностей и биологической предрасположенности:

1. **Реципрокная модель.** Астма может возникать двумя взаимоисключающими способами: либо посредством сильной биологической предрасположенности, либо будучи детерминированной сильными психологическими факторами (Block et al., Feingold et al., Freeman et al.);
2. **Модель позитивного взаимодействия.** Заболевание может возникнуть только при одновременном наличии сильных психоло-

гических и биологических факторов (если же их нет или есть только один, заболевание не развивается) (Dekker et al.);

3. **Суммарная модель.** И психологические, и биологические факторы совместно определяют тяжесть заболевания (Jacobs M. et al., 1967).

Таким образом, выделяются три типа заболеваний, где определяющими являются либо сильный биологический фактор, либо сильный психологический фактор, либо средние биологические и психологические факторы.

При этом под биологической предрасположенностью понимается общая предрасположенность к аллергическим заболеваниям, а психологическим фактором выступает неправильный семейный опыт, воспитание, которое приводит к сильной зависимости ребенка от доминантной матери (Jacobs M. et al., 1967). Предполагается, что в норме психологический и биологический факторы не доходят до критического минимума, необходимого для возникновения заболевания. Mrazek D. (1985) на основе анализа различных исследований детей с БА выделяет четыре фактора возникновения БА как психосоматического заболевания:

- степень генетической уязвимости организма детей, которая оценивается количеством аллергических и астматических заболеваний;
- степень и природа подверженности различным вредоносным факторам в пренатальном периоде и в раннем перинатальном периоде;
- вирусные инфекции, которые появляются на протяжении чувствительного периода развития в первые годы жизни;
- увеличение вторичной уязвимости дестабилизацией гомеостаза ребенка из-за эмоциональных стрессов.

Для лучшего понимания природы астматического симптома, необходимо изучение обоих, психологических и физиологических факторов риска, подчеркивает автор. Это поможет создать эмпирическую классификацию стрессоров у детей с заболеванием и увидеть различные формы адаптации в семье с больным ребенком (Mrazek D., 1990).

Д.Н. Исаев (1985), предлагая свой механизм возникновения психосоматических заболеваний, считает, что эмоциональный фактор через вегетативные и эндокринные элементы воздействуют на сом, вначале выступая в форме вегетативной дисфункции, которая потом может перейти в психосоматическое заболевание. Это представление нашло свое подтверждение в исследовании Жбанковой Н.Ю. (1989), показавшей, что у части детей с бронхиальной астмой наблюдаются психогенные гипервентиляционные нарушения в рамках синдрома вегетативной дистонии.

Важность эмоционального стресса при БА варьируется от возникновения преходящих легких состояний закупорки легких до решающих инициаторов приступов и продолжительного психологического

расстройства. Матус (Matus J., 1981) показал, что существует три возможных пути влияния психологических факторов:

- ускорение астмы, психологические факторы выступают «пусковым механизмом» (триггером) для возникновения астмы;
- обострение или увеличение количества приступов, утяжеление симптомов;
- препятствие излечению, помощи.

В качестве «пусковых механизмов» бронхолегочной патологии часто рассматриваются сильные эмоции (Cohen S.I., Lack B., 1983). Описание индивидуальных случаев показывает, что такие эмоции, как гнев, волнение, страх, печаль и тревога часто провоцируют астматические приступы. У некоторых детей триггерами могут быть ситуации, связанные с эмоциональными проявлениями – смехом, криком или плачем. Есть данные, что панические реакции ребенка или его родителей во время сильного кашля могут вызвать бронхоспазм, который в последствии может перейти в астматический приступ (Mrazek D., Klinnert M.D., 1989). Подавление собственных эмоций также рассматривается в качестве механизма, приводящего к бронхоспазму (Alexander F., French T.M., Pollock G.H., 1968; Cohen S.I., 1971; Rees L., 1956).

В свою очередь, Ван Вейзачес (V. van Wezsaches, 1949) и Фукс (M. Fuchs, 1965) в симптоме бронхоспазма усматривают символическое выражение личностного конфликта между потребностью пациента в нежности и страхом перед ней, а также противоречивость в решении проблемы «брать и давать». Чикагская психоаналитическая школа центральный конфликт в развитии БА находит во внутренних побуждениях ребенка, которые ставят под угрозу его привязанность к матери. Действия матери на плач воспринимаются ребенком как отвержение, поэтому плач становится «запрещенным» из-за страха лишиться материнского внимания. Страх материнского отвержения усиливает аномальные дыхательные ответы со стороны ребенка, таким образом развивается бронхоспазм (Alexander F., French T.M., Pollock G.H., 1968).

Парсел и соавторы (Purcell K. et. al., 1969) считают, что родительский конфликт может стать стрессором для ребенка и привести к симптому бронхоспазма. Нарушенные взаимодействия и взаимоотношения между родителями могут выступать тем стрессовым фактором, который приводит к бронхоспазму (Leigh D., Marley E., 1967; Liebman R., Minuchin S., Baker L., 1974; Peshkin M.M., 1930).

В работах Умаровой З.С. (1992), Даировой Р.А. (2000), Ратниковой С.Н. (2001) показано, что для большинства детей с БА характерны психологические нарушения, которые в ряде случаев приводят к утяжелению или даже безуспешному лечению этого заболевания у детей. Было показано, что такие психологические факторы, как ситуация в семье,

детско-родительские отношения, неправильное поведение родителей, их гиперопека и личностные особенности ребенка в значительной мере определяют прогноз заболевания.

Для определения риска возникновения астмы важны также исследования психологической способности к адаптации и устойчивости к стрессовым состояниям. Так, Руттер (Rutter M., 1979) выделяет и рассматривает следующие факторы, влияющие на формирование защищенности ребенка, неподверженности эмоциональным расстройствам:

Наличие только одного стрессового фактора. Риск возникновения психосоматического расстройства при наличии единственного изолированного стрессового фактора не больше, чем при отсутствии стрессовых факторов вообще.

Улучшение ситуации. Например, изменение ситуации в семье к лучшему связывается со снижением психологического риска для ребенка.

Семейные факторы. Существование одного родителя, от которого исходит сильная эмоциональная поддержка ребенка, может снимать, уменьшать влияние в целом дисгармоничной семьи. Кроме этого, наличие психологических расстройств у родителей увеличивает вероятность их появления у детей.

Факторы, действующие вне семьи. Это школа, похвала и принятие учителями, сверстниками.

Индивидуальные характеристики ребенка – пол, темперамент, генетический фон ребенка также могут влиять на психологическую способность к адаптации. Однако достоверно установлено, что мальчики более уязвимы к физиологическим стрессам, чем девочки, автор связывает это с психосоциальными факторами, а не с физическими различиями; и дети с чертами внушаемости, негативизмом, привередливостью во взаимоотношениях, вероятно, будут наиболее часто подвергаться психологическим расстройствам.

Ведущим фактором в формировании адаптационной способности является семейный фактор. Семья может как углублять, так и облегчать различные психологические расстройства, связанные с заболеванием, а также и развитие самого заболевания.

Благополучное адаптационное поведение ребенка может стать одним из важных факторов снижения тяжести психосоматических симптомов, а также снижения подверженности психологическим расстройствам, связанным с заболеваниями. Важно изучение способности ребенка противостоять стрессам, а также обучение этому противостоянию (Гарбузов В.И., 1994; Захаров А.И., 1995; Rutter M., 1979).

Мражек (Mrazek, 1986), анализируя различные подходы к изучению психологических факторов, влияющих на астму, пришел к выводу, что возможна лишь многофакторная концепция происхождения пси-

хологических расстройств, которая включает рассмотрение как физиологических (биологических), так и психологических факторов, которые очень часто оказываются сцепленными между собой. Так, кроме описанных выше биологических факторов, очень важны следующие психологические факторы:

- патогенное влияние семьи;
- межличностные конфликты;
- родительские особенности (в плане наличия психопатологий).

Потенциальными факторами риска могут стать: раннее возникновение заболевания; качество контроля (управления) астмой; частые госпитализации; родительская психопатология; семейные проблемы (Mrazek D., 1986., Strunk R., Mrazek D., 1985).

До недавних пор эмоции и страхи детей, страдающих астмой, редко принимались во внимание при лечении этого заболевания. Основное внимание обращалось на симптомы и поэтому лечение развивалось с ориентацией на симптоматику. Однако в настоящее время известно, что помимо физических страданий, астма может также вызывать травматические эмоциональные последствия, которые накладывают определенный отпечаток на личность больного бронхиальной астмой.

При БА выделяются реакция на приступ и реакция на болезнь (Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г., 1980). В случае внезапного, острого возникновения приступа характерен прежде всего страх смерти от удушья или остановки сердца, страх некупируемости приступа (Костюнина З.Г., 1971). Чем реже приступы астмы, тем более выражен страх, который возникает не только во время приступа, но и в ожидании его.

В начальном периоде реакция на болезнь характеризуется адекватным психологическим сдвигом с некоторой депривированностью (Ильясенко Г.А., Мирончик В.М., 1973). В процессе дальнейшего течения болезни выступает на первый план склонность к фиксации внимания на своих ощущениях и переживаниях с пессимистической оценкой выздоровления (Красных С.Л., 1960., Паршина В.П., 1972). У части больных отмечается выраженный страх за свою судьбу, с отчетливой фиксированностью на дыхательной функции, назойливыми жалобами, постоянным самоанализом болезненных ощущений. Преморбидные особенности этих больных характеризовались акцентуированными чертами, не достигавшими степени психопатии (Филиппов В.Л., 1976). При затяжном лечении заболевания происходят изменения личности по типу патологического развития (Ушаков Г.К., 1987).

Как показывает опыт, в значительной степени реакция детей на болезнь определяется отношением к ней родителей. Так, внутренняя картина болезни (ВКБ) больных детей опосредована в большей степени взрослыми: знания о болезни, здоровье, внутренних органах, лечении,

смерти ребенок получает от родителей (когнитивная составляющая ВКБ), так как именно их мнение наиболее важно для ребенка, что обусловлено «верой в непогрешимость родительских сведений»; также и эмоциональный компонент ВКБ – отношение ребенка к болезни – определяется родительским отношением, ведь их мировоззрение и эмоции ребенок впитывает с первых дней жизни (Исаев Д.Н., 1993).

Некоторые исследователи считают, что больные бронхиальной астмой имеют определенный профиль личности. Так, Heim (1970) выделяет в профиле личности больных БА истерические черты, повышенную ипохондричность, а также наличие неосознаваемой тревоги.

По исследованиям Поппе Г.К. (1986) детям с БА свойственны такие основные черты, как внутренняя тревожность, неуверенность в будущем, сензитивность и невротизация, у 65% обследованных детей выявлены истероидные черты характера (в 1/3 этих случаев – выраженная акцентуация). У 1/3 обследуемых – тенденция к доминированию (как реакция больного на недостаточно синтонное отношение к нему родителей, как реакция на психотравмирующее состояние). Самооценка у детей с БА низкая по шкале здоровье, сила, сдержанность, счастье и как компенсация этого, повышение самооценки по уму, честности и общительности. У этих детей очень выражена потребность быть рядом с родителями. Дети с БА в два раза чаще, чем дети с другими заболеваниями, высказывают альтруистические желания. С увеличением тяжести БА уменьшается интенсивность общения больных со сверстниками, усиливается отгороженность и формируется более высокий уровень социальной нормативности – ориентация детей на взрослых (Поппе Г.К., 1986).

Выделяют следующие личностные особенности детей с БА:

- менее стрессоустойчивые, сенситивные, невротические личности (Alexander F., Fresh T.M., Pollak G.H., 1968);
- менее доминантные, более фрустрированные, склонные к самообвинению, чувствуют безнадежность; по сравнению со здоровыми склонны к подавлению собственной агрессивности – запрещают себе выражать собственную агрессию (Ly Ketsos G.C. et al., 1984);
- эмоциональная нестабильность, высокая степень реактивной и личностной тревоги, интравентированность (Жбанкина Н.Ю., 1989);
- отличаются от здоровых детей степенью выраженности эмоциональной экспрессивности, формой выражения эмоций и силой «Я» (Faleide D.O. et al., 1988);
- их детство наполнено чувством беспокойства, одиночества и страха; они часто говорят, что они другие – не такие, как все остальные (Quinn C.M., 1988.; Rosendane I., 1989; Taylor J.L., 1990);
- негибкость, эгоцентризм, низкая эмпатийная способность, низкая способность к ролевому взаимодействию, выраженное чувство тре-

возности (из-за невозможности реализовать жизненные планы) и неуверенность в себе (Зильберман И.А., 1986).

Многие отмечают, что у части детей, страдающих БА, наблюдаются выраженные депрессивные реакции, которые могут быть связаны как с психотравмирующими семейными факторами, либо могут быть связаны с самой болезнью: госпитализация, страх умереть часто вызывают сепарационную тревогу. Кроме этого, у детей – школьников с БА – депрессия может быть связана со школьной ситуацией, как реакция на переживание собственной неуспешности и невозможность вести активный образ жизни, быть таким же, как и другие. Strunk R. et al. (1985) считают, что депрессия – это основной, самый значимый фактор среди всех психологических факторов, поэтому коррекция должна быть направлена именно на снятие этих реакций. Использование антидепрессантов может применяться для снятия психологических проблем (Mrazek D., 1987), но иногда может иметь и антиастматический эффект (Sugihara H., Ishihara K., Noguchi H., 1965).

Как показывает анализ имеющихся исследований, посвященных изучению личностного профиля больных БА, – не существует единого мнения относительно психосоматического профиля больного БА, как и нет достаточных эмпирических данных, подтверждающих, что личностные особенности – это не следствие, а причина астмы. Тогда возникает закономерный вопрос: существуют ли специфические психологические последствия, связанные с астмой? Поэтому представляется интересным изучение личностных особенностей больных БА в зависимости от тяжести заболевания. Вероятно, легкая форма астмы вызывает минимальные изменения, а тяжелая наиболее выраженные. Так, Костюнина З.Т. (1971) отметила следующие психосоматические особенности личности ребенка в зависимости от тяжести формы астмы:

- при легкой форме астмы наблюдается истерическое развитие личности. В этом случае реактивные образования ведущие, а соматогенные не развернуты, не ограничены – легкая физическая астения, стертый неврастеноподобный синдром;
- при астме средней тяжести неврозоподобные расстройства являются ведущими. Кроме этого появляются качественно новые расстройства, такие как: циклоидные колебания настроения, эйфория после приступа, психогенные образования повторных приступов, сверхценные ипохондрические опасения, суицидальные мысли во время приступа, глубокие вегетативно-сосудистые расстройства;
- при тяжелой форме астмы типична астеничная симптоматика с выраженной физической и интеллектуальной астенией и грубыми вегетативно-сосудистыми расстройствами. Характерна сильно выраженная полярность эмоционального фона при обострениях и ремис-

сиях, более глубокая эйфория после приступа, частые суицидальные мысли во время приступа.

Другие авторы (Graham P.J., Rutter M. et al., 1967; McNichol K., Williams H. et al., 1973) показали, что поведенческие и эмоциональные нарушения у детей с тяжелым течением астмы ненамного более выражены, чем в других группах. Однако Норриш, Тули и Годфри (Norrish M., Tooley M., Godfrey S., 1977) не обнаружили связи между тяжестью течения астмы (в медицинском понимании) и выраженностью проявляемых психологических проблем этих детей.

Однако эмоциональные трудности детей, страдающих бронхиальной астмой, обусловлены не только тяжестью заболевания, но и частотой помещения в больницу (госпитализацией) (Mrazek D., Anderson J., Strunk R.S., 1985, Даирова Р.А., 2002). Было показано, что частые госпитализации (в обследуемой группе – от 2 до 7), обычно приходящиеся на обострение, выступают причиной 27% вариантов поведенческих нарушений и приводят к изменению «Я-концепции» ребенка и влияют на самоотношение. (Mrazek D., 1984, Даирова Р.А. 2002).

Роль матери в формировании бронхиальной астмы у детей

Как мы отмечали выше, огромную роль в развитии психически и физически здорового ребенка играют ранние взаимоотношения с матерью. Всевозможные нарушения этих отношений приводят, как правило, к различным отклонениям в развитии ребенка. Это могут быть психотические, невротические и психосоматические проблемы. Бронхиальная астма как психосоматическое заболевание в данном случае не исключение.

Многие авторы психоаналитической ориентации указывают на важную роль матери в формировании психосоматической патологии. Так, есть данные о том, что большое значение в развитии бронхиальной астмы принадлежит нарушенным взаимоотношениям ребенка с матерью (Margolis M., 1961; Williams J.S., 1976). В анамнезе психосоматических пациентов мы часто находим, что мать, которая не смогла найти и развить собственную идентичность в своей семье, имеет нереалистично завышенный образ идеальной матери и идеального ребенка.

Аммон (Ammon, 2002) считает, что ожидания матери к ребенку амбивалентны и сравнимы с «doubl-bind» коммуникацией в шизофреногенной семье. С одной стороны ребенок должен вырасти сильным, зрелым, самостоятельным, а с другой стороны всякие проявления самостоятельности пугают мать, поскольку они, как правило, не соответствуют ее идеалу.

Спелинг (Speling, 1955) указывает на патогенную динамику психосоматически морбогенных предэдипальных отношений матери и ребенка. Она называет специфику подобных отношений «взаимным маги-

ческим страхованием жизни». Матери необходимо держать ребенка в зависимости посредством удовлетворения его жизненно важных соматических потребностей, ребенок получает взамен уверенность в том, что он не будет отвергнут ею.

Так, Саул и Лайонс (Saul, Lyons; по Бассину В.Ф., 1968) происхождение нарушений в деятельности органов дыхания (в том числе и бронхиальную астму) объясняют регрессивно проявляющиеся тоской по материнской любви и стремлением к возврату во внутриутробное состояние, когда дыхание просто не было нужным.

Брантигем и Криснан (W. Brantigam, P. Chrisnan, 1973) основное значение в развитии БА отводят подавлению матерью эмоциональных проявлений у ребенка в раннем детстве – крика, плача и т.д. Тернбул (Turnbull, 1962) и Хан (Khan, 1974) также считают одним из важнейших условий формирования патологических респираторных стереотипов – подавление в раннем детстве плача ребенка отвергающей матерью. Кнепп (Knapp, 1969) сообщает, что обследованных им больных с БА в детстве наказывали за плач.

Эйдемиллер Э.Т. и Юстицкис В.В. (1990) наблюдали родительские семьи больных БА и пришли к выводу, что они отличались сдержанностью в проявлениях эмоций у ее членов; родители контролировали и подавляли инициативу своих детей, блокировали несанкционированные или эмоциональные проявления у детей.

Как показывает Захаров А.И. (1982), при БА своеобразным психическим аллергеном является тревожная коммуникация между матерью и больным. Обычно речь идет о невротической зависимости мальчиков от матерей. Влияние отцов в этом случае недостаточно, матери же обладают авторитарно-параноидальными и тревожными чертами характера, чрезмерно опекают и ограничивают сыновей, обязывают выполнять бесчисленные правила и условности, при этом подавляя их активность, культивируя зависимость и основанное на чувстве вины послушание. Поэтому мальчики испытывают безотчетное чувство беспокойства при каждом, кажущемся или реальном, нарушении предписанного матерью поведения и страх потерять ее расположение. Вследствие этого они вынуждены еще больше подавлять внешние проявления самостоятельности и активности, страдая от невозможности проявить себя. Это внутреннее напряжение приводит к расстройству высших нейрорегуляторных функций, что проявляется симптомами вегетососудистой дистонии и функциональными расстройствами.

Однако в некоторых работах (Jauthies, Fortin et al., 1977; Quintal, Weisnagel et al., 1978) показано, что для большинства детей с БА нехарактерно наличие интерперсональных трудностей, которые измеряются по шкале рейтинга и наблюдаются во взаимодействии матери и ре-

бенка. При этом другие исследователи отмечают, что дети, страдающие БА, «сверхзависимы» от своих слишком опекающих мам (Clark J.H., Godfrey S., 1983; Gauthier Y. et al., 1977; Jessner L. et. Al., 1958; Knapp P.H., Bahnson B.V., 1963; Mrazek D., 1987; Siegel S.C., Rachelefsky G.S., 1985; Sugihara H., Ishihara K., Noguchi H., 1965; Talavera W., Alexander S., 1986). Так, Леон Крайслер (Leon Kreisler, 1994) показывает, как материнская гиперопека с отстранением отца порождает симбиотическую связь, препятствуя необходимому для развития ребенка процессу отделения и индивидуализации. Отсюда астма – болезнь эмоционального роста, при которой увековечиваются архаические механизмы привязанности.

На материнскую гиперопеку, встречающуюся в семьях с ребенком, страдающим БА, указывают многие авторы (Куприянов С.Ю., 1985., Corlidge J., 1956; Minushin S., 1974., 1978). Некоторые исследователи указывают, что матери больных детей проявляют дефицит материнской любви, для них характерно отвергающее отношение к своему ребенку (Garner A.M., Wenar C., 1959; Miller H., Barouch D.W., 1948; Pinkerton P., 1971).

В работе Мражека и соавторов (1987) изучалась привязанность у детей с БА дошкольного возраста (средний возраст – 52,6 месяцев). Было показано, что качество детской привязанности к матери может являться потенциальным риском или предохраняющим фактором последующего развития психопатологии. Было выделено и описано три типа привязанности. Согласно авторам статьи, взаимодействие между матерью и ребенком, характеризующееся сильной привязанностью является защитной связующей переменной, которая минимизирует выражение психопатологии и увеличивает потенциальные возможности в ребенке (Mrazek D. et al., 1987).

Личностные особенности матери также могут влиять на развитие астмы у ребенка. Так, Блок даже ввел понятие «астмогенная мать» (Block et al., 1966), отмечая, что эти матери в силу своей личности (для них характерна внутренняя конфликтность, невротичность, высокий уровень тревожности и некоторая инфантильность) могут влиять на развитие тяжелой астмы у ребенка. Эти потенции заложены в результате собственного опыта матери и характера связей с ее собственной матерью.

Захаров А.И. (1982) показал, что в семьях, в которых дети страдали психосоматические нарушениями, у матерей проявляются:

- неприятие ребенка – ребенок не оправдал ожиданий, с ним нелегко, он отнимает все время и препятствует реализации жизненных планов, отсюда неудовлетворенность ребенком;
- излишняя требовательность и нетерпимость, критика и порицание (часто незаслуженные) как компенсация чувства неудовлетворенности собой и низкого уровня самопринятия;

- наличие ряда сверхценных идей, отражающих их тревожно-мнительные и параноидальные черты характера: страх лишиться власти над ребенком; его надо оберегать от всех трудностей и опасностей жизни; на него плохо влияет другой родитель и т.д.

У многих матерей обследуемых детей их личностные особенности во многом были обусловлены их собственным опытом, полученным в родительской семье и отражали их собственные нерешенные проблемы, связанные с авторитарной и категоричной матерью и зависимым от нее отцом, который не уделял дочери должного внимания (Захаров Л.И., 1982, 1993).

Попытка изучения влияния переживаний собственного детства, воспитания на взаимоотношения с собственным ребенком и формирование его телесности была предпринята Мейером (А. Meijer, 1975). При изучении взаимоотношений между матерями детей с БА с их собственными родителями и их сравнении с таковыми у матерей здоровых детей Мейер сделал вывод, что отношения матери с ее ребенком подвержены влиянию ее собственных отношений с родителями в семье в прошлом, и специфика этих отношений не является следствием астмы, а скорее всего провоцирующим фактором ее возникновения. При этом автор утверждает, что отношения между матерями и мальчиками, страдающими астмой, и между матерями и девочками различны, что Мейер объясняет дифференцированной идентификацией мальчиков и девочек с родителями и сексуальной ролью в семье, а также тем, что матери больше любят сыновей, чем дочерей, что может быть порождено воспитанием матерей, их взаимоотношениями с собственными отцами. По данным, полученным Мейером, в воспитании матерей мальчиков с БА присутствовал элемент отвержения со стороны отца и теплые отношения с матерью. Для матерей девочек с БА статистически достоверных различий с матерями здоровых девочек не выявлено, но отмечена тенденция к негативной оценке отношений матерей девочек с БА к своим матерям.

Формы родительского поведения, способы реагирования на конфликт закладываются из поколения в поколение. Так, Рутгер (М. Rutter, 1979) говорит о циклах переживаний детства и собственного родительского поведения, переходящего из поколения в поколение; особенно это касается материнского поведения, причем сила влияния прародительской семьи с каждым поколением ослабевает.

Как видно из представленных выше исследований, посвященных изучению роли матери в формировании психосоматической патологии, мать может стать источником эмоционального стресса, вызывающего заболевание ребенка по многим причинам. Чаще всего в качестве психогенных факторов рассматриваются: нарушенные отношения привязанности между матерью и ребенком; материнское отношение (отвержение или гиперопека) к ребенку; а также собственные личностные особенности матери.

Однако С. Минухин (Minuchin S., 1974) показал, что «не только взаимоотношения мать–ребенок, но и семья как целое способствует, как минимум, поддержанию болезни». Естественно, трудно предположить, что мать и ребенок существуют в изолированном пространстве. Кроме того, мать и дитя на первоначальном этапе развития ребенка, как правило, нуждаются в защищающем и поддерживающем окружении. Винникотт иногда говорил следующее: «Я не знаю, что есть младенец, есть лишь взаимоотношения мать–младенец», – подчеркивая абсолютную потребность младенца в ком-то, кто заботится о нем. Это предложение можно было бы расширить, говоря, что ни одна пара мать–младенец, не может существовать изолированно от сообщества и культурной среды. Культура снабжает схемами воспитания, выживания, поведенческими кодами, языком и т.д. Как писал Фрейд (1921): «Каждый индивид является составляющим элементом больших масс и – через идентификацию – субъектом многосторонних связей...»

С этой точки зрения мы можем рассматривать окружение ребенка как систему, состоящую из большого количества концентрических кругов, подобных слоям луковицы. В этой схеме ребенок находится в центре, вокруг него имеется первый лист – его мать, далее – лист-отец, и затем следует большая семья со всеми родственниками, и дальше друзьями, соседями, деревней и локальным сообществом, этнической, лингвистической группой, наконец, человечеством в целом.

Каждый лист имеет много функций относительно внутренних листьев: сохранять и давать часть культурных кодов, работать как защитный щит, а также функционировать как контейнер, по терминологии Биона. Винникотт говорил: «Младенец не может быть представлен сообществу чрезмерно рано, без посредничества родителей». Но так же и семья не может быть представлена более широкому сообществу сама, без защиты и контейнирования своих ближайших листьев. Глядя на эту «луковицу», мы можем представить, как какие-то тревоги могут захлестнуть, переполнить один или более листьев в обоих направлениях – к центру ли, или к внешнему краю.

Таким образом, всеми исследователями признается важная роль, которую играет мать и семья в целом в становлении и развитии ребенка. Признается и тот факт, что влияние семьи может быть как положительным и формирующим основу дальнейшей жизни, так и разрушающим, уничтожающим саму идею жизни. Как ни страшно это звучит, но на практике мы часто сталкиваемся с чудовищными, иногда непоправимыми психическими травмами, которые ребенок получает в собственной семье, которые в свою очередь могут стать причиной психической дезинтеграции, соматического разрушения и невротизации. Часто тот образ тела, та первичная идентичность, которые сформиро-

вались у ребенка в его собственной семье на начальных этапах жизни, являются источником психосоматических проблем.

Таким образом, завершая наш обзор теоретических подходов, отражающих проблемы психосоматического страдания, в том числе и бронхиальной астмы, хотелось бы отметить следующее.

Во-первых, во всех направлениях, в той или иной степени отражается роль эмоциональных факторов в формировании болезни и влиянии на саморегуляцию организма.

Во-вторых, все теории психосоматических заболеваний отражают вопрос тесного взаимодействия психического и телесного. Причем в рамках каждого направления предлагаются разнообразные причины нарушения этого взаимодействия, которые приводят к психосоматическому заболеванию. Однако в последнее время все большую актуальность приобретают идеи целостного подхода, многофакторной обусловленности болезни. В патогенезе психосоматических заболеваний важную роль играют такие факторы, как нарушение системы значимых отношений личности, нарушение первичной идентичности, рассогласование эмоционального, когнитивного и поведенческого компонентов отношений, различные внутриличностные конфликты, особенности личности, критические ситуации и психологические травмы и т.д. Как показывают исследования, эти факторы находятся в сложном взаимодействии. При этом многие из них формируются на раннем этапе развития ребенка, тесно связаны с особенностями отношений «мать–дитя» и обусловлены его индивидуальным эмоциональным и телесным опытом, который формирует образ тела, представляющий первичную, «ядерную» форму существования субъекта (Bergeret, 2000).

Необходимость применения психоаналитических знаний в ежедневной практике современного врача не поддается сомнению, это может много повысить эффективность оказываемой больному помощи.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ДРУГИМИ АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

На сегодняшний день недостаточно, чтобы эффективно лечить бронхиальную астму, рассматривать ее как хроническое заболевание бронхов. Все больше практических врачей убеждены в том, что лечить надо больного, а не болезнь, – эти слова были давно сказаны еще Гиппократом. В современной отечественной и зарубежной литературе бронхиальную астму рассматривают как психосоматическое заболевание. Рассматривается болезнь как физическое и психическое страдание боль-

ного. Профессия врача непосредственно сталкивается не только с телом, но и душой больного. И исцеление больного наступает, когда врач своим мастерством врачевания так или иначе касается души больного, сопереживая и желая помочь избавиться от недуга болезни.

В НЦЗД^{*} в отделении аллергологии в течение семи лет проводилась совместная работа врачей и психологов по сопровождению детей, больных бронхиальной астмой, атопическим дерматитом и другими аллергическими заболеваниями. Возраст детей – от нескольких месяцев до 17 лет. Дети лечились в отделении, либо находились в дневном стационаре. Течение болезни было разным – от тяжелого до легкого (как бронхиальной астмы, так и атопического дерматита).

Ответственным, ведущим лечение больного ребенка, был назначен лечащий врач. После осмотра и назначения клинических исследований и лекарственной терапии, ребенка записывали на консультацию к медицинскому психологу. Первый прием у психолога проводился в обязательном присутствии его родителей. На приеме велась беседа вначале с ребенком, затем с родителями (лучше, когда присутствуют оба родителя). Основное внимание отводилось истории раннего развития ребенка. Акцент не случаен, в основу этого были положены теоретические психоаналитические теории развития человека (работы М.Кляйн, Д.Винникотта и др.) Детям предлагались проективные методики – нарисовать «Несуществующее животное», рисунок «Три дерева» и свободные рисунки, после чего проводилось обсуждение нарисованного.

После беседы психолога с родителями и с ребенком, давалось предварительное заключение по выявленным особенностям психического развития ребенка, влияющим на формирование симптомов бронхиальной астмы.

После первичного приема, если это было необходимо, назначались повторные консультации, как правило для уточнения некоторых вопросов, касающихся особенностей отношений между ребенком, его матерью и другими членами семьи. Семье предлагалось провести психокоррекционную работу по устранению отклонений в отношениях с ребенком (как правило, это касалось матери). Психокоррекционная работа проводилась как в индивидуальной форме, так и в групповой. В групповой форме применялись техники символдрамы (описание см. ниже) и игротерапии (описание ниже).

Индивидуальная работа проходила также в технике символдрамы и психоаналитически-ориентированной психотерапии.

Курс психологической работы был разным по длительности и зависел от индивидуальных особенностей выявленных отклонений (от 10 сеансов (в среднем) до нескольких лет).

* Научный центр здоровья детей. – Прим. ред.

ТЕХНИКА ПРОВЕДЕНИЯ ИГРОТЕРАПИИ

На организационном этапе проводится беседа с родителями, ознакомление их с возможностями групповой игротерапии, ожидаемыми результатами. Необходимо информировать родителей о возможной динамике поведения ребенка, разъяснить позитивность этих изменений. Оговариваются правила работы группы (продолжительность, время, место, пропуски), заключается договор о совместной работе.

Игротерапевтический этап состоит из 8 занятий. Первые два занятия родители находятся вместе с детьми, на остальных дети занимаются без родителей.

Структура всех 8 занятий одинакова: сначала проводится разминка или упражнения на разогрев (20 минут), затем проводится основная часть – игротерапевтическая, которая включает проведение одной или нескольких игр (50 минут), затем следует завершающий этап – чаепитие, во время которого дети имеют возможность обсудить занятие, поделиться своими впечатлениями и чувствами, а также высказать свои пожелания о дальнейших занятиях. На ознакомительном и на завершающем занятии чаепитие проводится вместе с родителями. Во время проведения игры группа может «взять два тайм-аута» по 5 минут каждый, для того чтобы отдохнуть, побегать или просто сбегать в туалет. Для этого группе надо договориться друг с другом о проведении пятиминутной паузы и сообщить о своем решении психотерапевту. Такая организация игры помогает участникам группы почувствовать себя единой сплоченной командой, где мнение каждого участника выслушивается и учитывается.

Во время проводимой игротерапии ребенок проходит несколько этапов лечебного воздействия (механизмы лечебного воздействия группы):

1. Корректирующее эмоциональное переживание. Принятие ребенка психотерапевтом и другими детьми, признание его ценности и значимости, уникальности его внутреннего мира.

2. Конфронтация. Это столкновение участника группы с самим собой, со своими проблемами, установками, характерными эмоциональными и поведенческими стереотипами.

3. Научение. Осуществляется как прямо, так и косвенно. Групповая ситуация – это ситуация многопланового, реального эмоционального межличностного взаимодействия. Дети учатся самоконтролю и свободе самовыражения в сочетании с ответственностью. Ощущая уважение психотерапевта, при отсутствии оценок и постоянном эмоциональном принятии дети научаются уважать себя и других. Так как детям позволяется самим рассчитывать свои действия, предлагать собственное решение проблем, реализуются и развиваются их собственные внутренние ресурсы, дети получают возможность делать выбор и отвечать за него.

4. Эмоциональное отреагирование. Снятие запретов на возможность эмоционального реагирования, на осознание неопасности различных эмоций и перцептивных реакций.

Детская психотерапевтическая группа, как и любая другая группа людей, подчиняется законам групповой динамики, т.е. проходит определенные этапы развития.

Этап знакомства и ориентировки (1–2 занятия). Дети испытывают страх и тревогу перед неизвестным, максимальная степень зависимости от психотерапевта. Абсолютно необходимы эмоциональное принятие, одобрение и поддержка со стороны психотерапевта. Этому способствуют установление позитивно-эмоционального контакта с детьми, знакомство участников группы друг с другом, совместное принятие правил и норм группы.

Этап нарастающего напряжения (2–3 занятия). К концу первого этапа количество страхов и тревог уменьшается. Ребенок, чувствуя себя в безопасности, стремится проявить собственную индивидуальность, отстаивает свои права, самоутверждается. В этот период дети провоцируют агрессивное поведение с целью определения отношения к себе со стороны значимых лиц. Напряжение в группе возрастает, так как социальные роли еще не распределены. На этом этапе происходит актуализация и реконструкция конфликтных ситуаций, отражение негативных тенденций личностного развития ребенка в игре и эмоциональное отреагирование ребенком чувств и переживаний, связанных с прошлым негативным опытом взаимодействия.

Этап распределения и закрепления групповых ролей. Продуктивная работающая группа. Показателем объединения детей в группу является их совместная деятельность без стимуляции со стороны психотерапевта. При этом основными задачами являются: развитие способности к осознанию себя и своих возможностей, коррекция самооценки, расширение сферы осознания чувств и переживаний и обогащение позитивного опыта совместной деятельности и форм общения, как со сверстниками, так и со взрослым, а также формирование способности к произвольной регуляции поведения и деятельности.

Обобщающе-закрепляющий этап (1–2 занятия). Здесь происходит обобщение сформированных на предыдущем этапе адекватных способов коммуникации, перенос нового позитивного опыта в реальную жизнь и отсоединение ребенка от группы.

ОПИСАНИЕ ЗАНЯТИЙ

Первая встреча. Разминка посвящена знакомству участников друг с другом и проходит немного дольше, чем в последующие встречи. Дети

сидятся в круг на полу, по очереди называют свое имя, возраст, а также что-то, что, по их мнению, нужно, чтобы знали о них другие участники. Чтобы дети лучше запомнили имена друг друга, можно провести специальное упражнение – все встают спиной к центру круга, кроме одного из участников, водящего. Он стоит в центре круга и называет имя кого-то из участников группы, прикасаясь к его спине. Если водящий правильно назвал имя участника, тогда этот человек может повернуться и сесть в круг. Если водящий забыл имя кого-то из участников, сидящие в кругу могут ему подсказать.

На первой встрече проводится игра в карточки (семейная социальная игра Г. Хорна), правила которой приведены в приложении. Эта игра помогает детям познакомиться, узнать характер и привычки друг друга. Кроме того, она помогает плавно перевести интерес ребенка с семьи на друзей и партнеров по игре. Родители позже имеют возможность заказать данную игру, чтобы продолжить заниматься с ней дома.

В завершение все участники вместе с родителями пьют чай, обсуждают занятие, делятся своими пожеланиями о будущих занятиях.

Вторая встреча. Разминка – упражнение «Воробьи и вороны». Участники встают в 2 шеренги друг напротив друга на расстоянии одного большого шага. Одна шеренга – команда «вороны», другая – «воробьи». Ведущий выкрикивает название одной из команд, задача которой нападать – осалить любого участника команды противника, сделав шаг вперед. Другая команда должна в это время отступить, сделав большой шаг назад. Бегать по «полю» не разрешается. Осаленные «птицы», а также те, которые ошиблись и стали шагать не в ту сторону – «выбывают» из игры – выходят из своей шеренги и превращаются в дополнительных судей на время данной игры. Эта игра – командная. Выигрывает команда, противники которой все до одного выбыли из игры.

Проводится игра «Лепешка» по базовым правилам (см. приложение).

Третья встреча. Разминка – упражнение «Воробьи и вороны», которое после удачной победы одной из команд превращается в упражнение «Вороны и воробьи». Задача команд – отойти от ставших привычными стереотипов и реагировать по-новому на привычную команду ведущего. Затем упражнение превращается в «Вороны и вороны». Напряжение в игре возрастает – дети должны слышать уже более тонкие различия в названии команд и так же быстро реагировать. Через некоторое время команды вновь меняются именами.

В игру «Лепешка» вводятся дополнительные правила, касающиеся превращения в «людей» и попадания на «небо людей». Теперь участник игры имеет возможность выиграть, если кто-то по просьбе этого участника превратит его фигурку животного в фигурку человека, а также, если он сумеет раньше других попасть на «небо людей».

Четвертая встреча. Разминка – упражнение, заимствованное из телесно-ориентированной терапии, позволяющее участникам посмотреть с глаза друг другу, почувствовать себя устойчивым, гибким и сильным. В упражнении есть возможность проявить ловкость и хитрость, и благодаря быстрой реакции победить противника, превосходящего по силе. Все участники делятся на пары. Исходное положение детей в одной паре – встать правыми боками друг к другу, сцепить правые руки на уровне груди, ноги поставить чуть шире плеч, по одной линии, внешние стороны стоп правых ног соприкасаются, колени чуть согнуты. По команде психолога дети начинают правыми руками сталкивать друг друга с места, стараясь при этом самим устоять на месте, не сдвигая ног. Проигрывает тот, кто не устоит на одном месте и сделает шаг в сторону первым. Через некоторое время участники могут повернуться левыми боками.

Игра «Анархия», одна из модификаций «Лепешки». На этом занятии участники имеют возможность сами предложить новые правила игры, добавить какие-то правила, договориться друг с другом, что происходит с их игровыми фишками, если они попадают в определенные проблемные ситуации.

Пятая встреча. 5–8 встреча характеризуется, как правило, тем, что фаза конфронтации и соперничества уже прошла и группа работает довольно слаженно – предлагаются новые игры, дополняются или усложняются существующие правила, иногда участники предлагают дарить какие-то призы или награды победителям, которые принесут сами участники. На этих встречах участники уже познакомились, узнали особенности и привычки друг друга.

В качестве разминки предлагается упражнение «Зоопарк». Психолог приносит пачку карточек с изображениями разных животных (которые живут дома, водятся в лесу, которых можно встретить в зоопарке и т.д.). Дети отворачиваются и им на спину крепятся карточки (обычно для первой игры самые простые – кошка, собака, тигр, волк). Задача каждого – отгадать, какое животное изображено у него на карточке. Угадывающий человек задает вопросы, отвечать на которые команде разрешается только «да» или «нет». При этом участникам предлагается идентифицироваться с данным животным. («Представь, что ты превратился в это животное сам. Спроси других участников, как ты выглядишь, что любишь есть, кого из животных боишься и т.д.») Вопросы должны быть закрытые и могут касаться внешнего вида животных, их характера, повадок, места обитания и т.п. Когда все отгадают «своего» животного, участникам предлагается выбрать какое-то животное для каждого из участников. Договариваться они должны жестами, не называя выбранное животное, за спиной у водящего.

Игра – «Хаос» (см. правила в приложении). Желательно игру «Хаос» изготовить на самом занятии. Для этого психологу надо принести картон для игрового поля (можно заранее расчертить его на квадраты), а также цветную бумагу, ножницы и клей для всех участников. Игра, изготовленная на занятии самими участниками, оказывается более значимой и интересной для детей (как бы «своей»).

Во время чаепития предлагается сделать игру «Хаос» дома и поиграть в нее с родителями и друзьями.

6 встреча. Разминка «Зоопарк», но детям предлагается нарисовать самим разных зверей для каждого партнера по игре. Тут есть возможность спроецировать особенности и повадки участников группы на зверей и пофантазировать, кто на кого мог бы быть похож.

Игра «Тюрьма». Легкий вариант правил.

7 встреча. Разминка «Расставь друзей по...» Начать можно с представления просто по росту. Потом попросить ведущего (одного из членов группы) пофантазировать и проранжировать других участников, а потом и себя по различным признакам – смелости, послушности, веселости, смешливости и т.д. Рекомендуется варьировать качества в зависимости от возрастного состава и личностных особенностей участников. Упражнение способствует воспитанию социальной и эмоциональной компетенции, помогает прочувствовать особенности себя и партнеров по игре. Рекомендуется после расстановки по определенному признаку попросить ведущего также поставить себя в эту шеренгу, а затем попросить участников дать обратную связь – чувствуют ли они себя «на своем месте», как чувствуют себя первый и последний в шеренге, кого они хотели бы переставить.

Игра «Тюрьма» проходит уже по полным правилам, а также поощряются предложения участников оговорить отношения между игровыми фишками, попадающими в проблемные ситуации.

На чаепитии участникам предлагается принести на следующее занятие новые карточки «Семейной социальной игры», которые они, вероятно, могли дописать за последние 2 месяца.

8 встреча. На завершающем занятии участникам предоставляется возможность поиграть в 1–2 игры, которые им больше всего понравились и запомнились. Задача участников – договориться между собой и структурировать занятие по возможности самостоятельно. Чаепитие устраивают также сами дети. Обычно они приглашают родителей вместе попить чай и поиграть в игру с карточками. Последнее занятие направлено на интеграцию полученных в ходе игротерапевтических занятий навыков и на осознание детьми ответственности за свои отношения с участниками группы. Важно отметить, что дети продолжают использовать полученный позитивный опыт также и за рамками тера-

певтического процесса, так как приобретают необходимое для общения качество – умение самому активно выстраивать и поддерживать взаимоотношения с другими.

Полученные по результатам тестирования и опроса родителей данные позволяют заключить, что проведение занятий игротерапии с детьми, больными БА, позволяет снизить их агрессивность, повысить способности к коммуникации и социально адекватному поведению.

Приложение

ПРАВИЛА И ОПИСАНИЕ ИГР, ИСПОЛЬЗОВАННЫХ В РАБОТЕ

Психологическая игра с карточками

Игра для детей латентного возраста (от 8 до 12 лет) для игры с отдельными детьми, с группами детей или семьями с целью развития эмоциональной и социальной компетентности.* Игра состоит из примерно 170 карточек, на которых напечатаны фразы, характеризующие различные аспекты социальной и эмоциональной компетентности. Игру можно дополнить дополнительными карточками, которые ребенок напишет (напечатает) сам.

Примеры утверждений, содержащихся на карточках:

Если мне бывает страшно, я не хочу, чтобы другие это замечали;

С чужими вещами я обращаюсь очень осторожно;

Я обычно говорю меньше, чем другие дети;

Ради моего друга или подруги я даже могу что-нибудь украсть;

Я чищу зубы каждый день;

Иногда мне бывает плохо, а я не знаю, с кем об этом можно поговорить;

Я всегда хочу быть первым;

Выводить из себя учителя доставляет мне удовольствие.

Правила игры. Перемешанные карточки переворачиваются текстом вниз и кладутся на середину стола. Участники игры по очереди берут по одной карте и зачитывают ее вслух. Если участник игры считает, что прочитанное ему подходит, он сохраняет себе эту карту. Если он считает, что содержимое карты больше подходит какому-то другому участнику, он передает ему карту и пытается это обосновать. Если этот участник считает, что карта ему не подходит, он передает ее дальше другому участнику или кладет в отдельную стопку – «корзину для мусора». Когда все карты распределены, участники зачитывают вслух все свои карты.

Особенность этой игры заключается в том, что в ней никто отдельно не выигрывает. Напротив, в выигрыше оказываются все благодаря луч-

* Игра предназначена для детей, которые уже умеют читать. Однако в нее могут играть и более младшие дети, если помогать им читать карточки.

шему знакомству с особенностями личности, как себя самого, так и партнеров по игре.

Обоснование и цели игры. Выбор тематического содержания карточек определяется особенностями латентного возраста (6,5–12 лет). В этот период повышенное внимание ребенка к взаимоотношениям с членами семьи (психоаналитики называют его эдипальной фиксацией) смещается к социальному взаимодействию между людьми в целом.

В то же время, сейчас наблюдается изменение общей картины наиболее характерных эмоционально-личностных нарушений детей младшего и среднего школьного возраста. Если раньше в основном приходилось сталкиваться с закомплексованностью и навязчивыми тенденциями у ребенка, то в последнее время все больше растет число гиперактивных детей с расторможенной моторикой, с недостаточным эмоционально-личностным общением в семье. Родители и учителя все чаще жалуются на «плохое поведение» детей, на их агрессивность и неуправляемость. Именно этим детям наиболее показана игра Г.Хорна. Заторможенным детям, имеющим явные навязчивые черты, игра скорее противопоказана, так как она может усилить у них и без того завышенные внутренние моральные требования, их «Сверх-Я».

Дети играют в игру с удовольствием. Особенность ее заключается в том, что в ней не выигрывает кто-то один. В выигрыше остаются все, лучше узнавая как себя самого, так и партнеров по игре. Огромную роль при этом играют разговоры в семье, которые актуализируются игрой. Дети, несмотря на небольшой возраст, приводят весомые аргументы, защищая свою позицию. Для ребенка очень важной является свободная игровая атмосфера, возникающая во время игры – с юмором, без авторитарного давления, без боязни наказания. Обстановка, в которой ребенок не боится рассказать близким свои маленькие секреты, когда он чувствует их заинтересованность и поддержку, сама является благотворным терапевтическим фактором. Благодаря свободной игровой атмосфере, возникающие во время игры беседы не вызывают так много скепсиса, опасения и сопротивления, как это часто бывает в случае обычных назиданий и замечаний родителей. Игра способна сделать более конструктивными межличностные взаимоотношения и улучшить психологический климат в семье.

В контексте психоанализа существенным оказывается то, что игра способствует развитию «Сверх-Я» ребенка. Причем в игре акцент направлен не на эгоцентрическую позицию, а на учет позиций и мнений других людей. Играя вместе с родителями и психологом, ребенок, с одной стороны, усваивает родительские нормы, а с другой стороны, в случае отказа взрослыми от общепринятых норм, ребенок видит относительность этих норм, что важно для разрушения идеализации чрезмерно сильного родительского авторитета и явно завышенных норм.

В результате устанавливается «золотая середина» – какие-то нормы ребенок принимает, а от каких-то отказывается.

Несмотря на то, что игра рекомендована детям начиная с восьмилетнего возраста, играть в нее можно и с младшими детьми, если им помогать читать карточки. Интерес к игре сохраняется приблизительно до 12 лет. В связи с началом подросткового возраста и половым созреванием интерес ребенка переключается с взаимоотношений в семье на отношения в социальной группе, а также на собственные внутренние переживания. Для подростков будут интересны уже другие темы, отличные от тех, которые представлены на карточках игры Г. Хорна.*

«Лепешка», «Анархия» и «Мошенничество»

В игре «Лепешка» игроки сами лепят из пластилина свои игровые фишки. Тем самым они дают понять, как они относятся к другим игрокам, какие у них желания и намерения. В ходе игры между ее участниками постоянно возникают самые разные отношения, иногда и такие, когда кого-то превращают в «лепешку». В игре отрабатывается также опыт взаимных обвинений, вежливых извинений и просьбы о помощи. Игроки учатся справляться с агрессией социально приемлемым образом, а неприемлемое поведение наказывается. Особая версия игры («Анархия») может использоваться с целью катарсиса. Другая разновидность игры («Мошенничество») учит, как привлекать людей на свою сторону (завывающее поведение).

Цель игры – первым придти к конечному пункту – на «Небо людей». Попасть туда можно только целой неповрежденной фигуркой человека. Сам же процесс игры часто затягивает настолько, что забывается формальная цель, а подлинной целью игры становятся живые отношения участников друг с другом.

Игровое поле для этих игр можно изготовить самому. В зависимости от количества игроков требуется:

- Одна покрытая пластиковым покрытием игровая доска или белое оргстекло любой толщины, размером 54 на 54 см.
- Цветная самоклеющаяся пленка разных цветов, соответственно количеству игроков. Например, для пяти игроков: красного, синего, зеленого, желтого, фиолетового цветов. Кроме того голубого, коричневого и серебряного цветов для изготовления цветных полей.
- Пять кусочков пластилина аналогичных же цветов (красного, синего, зеленого, желтого, фиолетового цвета).
- Один кубик.

* Для использования социальных игр в психокоррекционной работе рекомендуется прохождение специального обучения.

Квадратными и прямоугольными кусочками пленки указанных цветов наклеивается «дорожка». В принципе игру можно изготовить и для большего количества игроков. Для этого игровое поле должно быть соответственно расширено; для новых игроков в дополнение к пяти существующим цветам нужно ввести другие цвета клеящейся пленки и пластилина.

«Лепешка»

Базовые правила:

1. Перед началом игры каждый участник лепит из пластилина свою фигурку животного, которое служит им потом в качестве фишки. Старт игры начинается на поле «хлев».
2. Каждый игрок является одновременно владельцем всех полей того же цвета, что и его фигурка.
3. Игроки по очереди кидают кубик и переставляют свою фигурку-фишку через соответствующее количество полей. Начинает игру самый младший из игроков. Он кидает кубик, делает ход и попадает, как правило, на поле другого цвета.
4. Игрок, на цвет поля которого попала фигура другого цвета, должен обвинить попавшее на его поле животное за какой-то придуманный им проступок (например: «ты украл у меня мой бутерброд!»).
5. После этого обвинения владелец животного должен соответствующим образом извиниться за свое животное или предложить исправить содеянное.
6. Если владелец поля удовлетворен извинением или возмещением ущерба, то он может отказаться от наказания попавшей к нему фигуры. Тогда следующий игрок может бросать кубик. Если владелец поля не удовлетворен извинением, он может наказать попавшую к нему фигуру, щелкнув по ней, смяв ее или как угодно изменив ее форму. Он может также одним ударом смять ее в «лепешку».
7. На полях своего цвета фигура находится у себя дома. В своем доме фигура может залечить раны, изменить себя, отдохнуть и «развить себя». Поэтому все игроки восстанавливают свои фигуры, если им выпадает количество ходов, позволяющее им достичь собственного игрового поля, даже если у них есть возможность его перескочить. В последнем случае они идут только до своего «дома». Лишь неповрежденные фигуры имеют право перешагнуть через поле своего цвета.

Дополнительные правила:

8. Цель игры — стать человеком и попасть на «Небо людей». Но сам игрок не может просто превратить себя в человека. Для этого нужна помощь другого игрока, который, как в сказке, сможет «расколдовать животное», превратив его обратно в человека. Когда кто-то за-

хочет стать человеком, он должен выбрать кого-то из игроков и попросить его перелепить фигурку своего животного. Это можно сделать, когда целая и неповрежденная фигурка животного находится на поле своего цвета. Необходимо также убедить другого игрока, обосновав ему, почему животное хочет стать человеком. Если фигурка животного попадает на поле своего цвета поврежденной, то владелец животного должен сам исправить ее, долепив до целого животного. И только когда очередь в следующий раз вновь дойдет до того, что можно будет бросать кубик, можно будет попросить какого-то другого игрока превратить животное в человека.

9. Если приведенное обоснование кажется игроку, к которому обратились с просьбой превратить животное в человека, достаточно убедительным, то он лепит из фигурки животного человека. С этого момента владелец фигурки-человека должен вести себя в игре «по-человечески», «гуманно». Это значит, что он в принципе не должен бить, давить или разрушать другие фигуры, которые попали на одно из его полей и не принесли достаточных извинений за причиненный ущерб. Однако «человек» может, не разрушая другую фигуру, таким образом согнуть ее, чтобы ее поза выражала извинение, признание своей вины. Например, можно склонить голову животного, согнуть спину, поставить на колени, заставить ползти по полу.
10. Если игрок, имеющий фигурку-человека – все равно – забывшись или намеренно – раздавит кулаком фигурку животного или человека в лепешку, то его фигурку возвращают в «хлев» и он начинает игру сначала, но уже снова в форме животного.
11. Игрок, чьей фигурке-животному два раза отказали в желании стать человеком, может во время своего хода вернуться назад на ближайшее поле своего цвета и там самостоятельно превратиться в человека. Кубик при этом не кидается.
12. Последнее поле в игре — зеркальное. Наказанные и поврежденные фигурки должны точно попасть на это поле. Владелец поврежденной фигурки животного исправляет ее и переставляет ее затем на «небо животных». Владелец поврежденной фигурки человека может «подлечить» себя на зеркальном поле. На «небо людей» неповрежденная фигурка человека переходит уже при следующем ходе, если на кубике выпадает число «1». Выигрывает тот, кто первым попадет на «небо людей». Целым фигуркам-человечкам не нужно останавливаться ждать на зеркальном поле, при точном выпадении числа на кубике они могут сразу перейти на «небо людей».
13. Дополнительное правило для опытных игроков: человеческая фигурка опять превращается в животное, если ее владелец наказывает попавшую на его поле фигурку без обвинения или не дожидаясь извинения.

«Анархия»

Те дети, которые хотели бы попробовать жить в «беззаконном обществе», могут осуществить это желание в игре «Анархия». Начало игры происходит, как описано выше, пункт 1–3. Дальше добавляются следующие правила:

Владелец поля обвиняет попавшую на него фигуру описанным выше образом. Если следующее за этим извинение владельца фигуры кажется владельцу поля недостаточным, то он может любым способом накапать попавшую на него фигуру, все равно будь то человек или животное. При этом никаких последствий для наказываемого не будет. По принципу: «Помоги себе сам, и тогда поможет тебе Бог», каждый, попадая на свое поле, может любым образом себя изменить, вылечить или приукрасить. Он даже может, если захочет, сам сразу же превратить себя из животного в человека. Однако если на его поле в это время будет находиться какая-то другая фигура, то ему придется подождать со своим превращением, пока он не будет один «дома». Как только фигурка человека попадет на «небо людей», то другие игроки уже больше не имеют права превращать своих животных в людей. Звери попадают тогда на «небо животных».

«Мошенничество»

Все игроки лепят в начале игры свои фигурки в форме фигуры человека. Попавшую на чужое поле фигурку не обвиняют, а наоборот, гость является «представителем» в широком смысле этого слова. Его задача — сагитировать и завербовать хозяина поля. Например, как представитель какой-то фирмы, проводящий рекламу своего продукта, или как страховой агент, уговаривающий оформить страховку, или как политик, агитирующий голосовать за свою партию, или как член религиозной секты, уговаривающий прийти на собрание верующих, либо как член спортивного общества, уговаривающий вступить в него. Хозяин поля решает, принять это предложение или нет. Если он независимо от своего решения считает рекламу навязчивой и назойливой или если он подозревает в ней «западню», то он имеет право таким образом изменить форму фигурки, чтобы это отражало характер отношения к рекламе. Это может означать также превращение в животное. Переделанная фигурка должна тогда быть возвращена назад на ближайшее поле своего цвета. И только на следующем собственном поле владелец фигурки может опять переделать ее в целого человека.

Игра «Тюрьма»

В настоящее время большинство игр, находящихся в продаже, рассчитано на двух игроков. И очень мало игр для нескольких детей, подростков или для целой семьи. Игра «Тюрьма» выгодно отличается от «игр на

удачу». В ней выигрывает тот, чья стратегия игры окажется лучше. «Тюрьма» – игра-соперничество, игра-борьба, в которой агрессия против реального партнера может быть отреагирована в сублимированном виде на игровых фигурках. В этой игре борьба отдельных групп фигур между собой приводит игроков к пониманию важности выбора оптимальной стратегии совместных действий внутри одной группы фигур. В игре могут принимать участие от двух до четырех игроков. Игра состоит из игрового поля, игровых фигурок – по 10 «солдат» и три «капитана» для каждого игрока. «Капитаны» должны быть того же цвета, что и «солдаты», но помечены черными «шапочками». Также для игры нужен кубик.

Цель игры: Выигрывает тот, у кого хотя бы один «капитан» уцелеет. А игрок, у которого все 3 «капитана» попали в плен к противнику, выбывает из игры.

Правила игры: Участники расставляют 8 своих «солдат» и троих «капитанов» на исходных пунктах – в «домиках», которые расположены по краям игрового поля. Еще 2 «солдата» в «городской тюрьме» – на розовом поле в центре игрового поля. Младший из игроков начинает игру, затем все ходят по часовой стрелке. Игрок бросает кубик 2 раза подряд и выходит из своего «домика» либо одним, либо несколькими игровыми фигурками («солдатами» или «капитанами»). Но если на кубике при броске выпадает 6 очков, то игрок получает право дополнительного хода и может бросить кубик еще раз. Все игровые фигурки могут двигаться по игровому полю по дорожке, отмеченной белыми кружочками. Передвигаться можно в любом направлении на столько ходов, сколько очков выпало на кубике. Однако у «капитана» есть преимущество ходить по желанию на 1 шаг меньше, чем выпало на кубике. Так, например, если на кубике выпало 5, то «капитан» может пойти на 5 или на 4 шага по своему усмотрению. Первоначальная цель игры – освободить своих «солдат» из общей «городской» тюрьмы. Это можно сделать, если какая-либо фигурка попадет точно на кружочек своего цвета на противоположной стороне поля около «городской» тюрьмы. При этом можно перепрыгивать только через фигурки своего цвета. Через фигурки противника перепрыгивать нельзя. Однако их можно захватить «в плен» и поместить в одну из своих «частных» тюрем, находящихся перед входами в «домики». Но для «пленения» необходимо попасть точно на кружок, где находится фигурка противника. Последующий ход игры обычно заключается в том, что противники пытаются освободить свои фигурки, запертые в «частных» тюрьмах игроков. Для этого надо попасть на розовые кружочки напротив «частных» тюрем. Если это удастся, то освобожденные фигурки своего цвета расставляются в своем «домике» и продолжают участвовать в дальнейшей борьбе, а фигурки противников, если они также там находятся, переводятся

и «городскую» тюрьму. Если фигурка преследуется противником, то в целях защиты она может спрятаться в собственном «домике», если, конечно, выпадает точное количество очков.

Игра «Тюрьма» благодаря своему контексту позволяет в процессе игры прорабатывать конфликты участников. Условия игры позволяют в приемлемой «безопасной» форме выплеснуть агрессию и другие негативные чувства, таким образом разрешить конфликт в «плоскости игры», не позволяя ему разгореться в «пространстве жизни». Игра может применяться как в семье среди ее членов (дети совместно с взрослыми), так и в группе детей одного возраста.

Игра «Хаос»

Игра «Хаос» рассчитана на игроков старшего возраста (с 8 до 16 лет), так как требует от игроков большей концентрации внимания и сосредоточенности.

Игра рассчитана на 4 игрока, но возможно и меньшее количество участников. С каждой стороны игрового поля игроки выкладывают по 6 фишек своего цвета. Затем фишки переворачиваются нецветной стороной вверх и выглядят у всех игроков одинаково. Игроки по очереди передвигают свои фишки по направлению к противоположному полю, при этом разрешается перепрыгивать через одну или несколько фишек. Задача завести 6 фишек не важно своих или чужих в дом на противоположном конце поля. Если фишек на поле много, то среди участников естественным образом возникает путаница, где чья фишка находится. В этот момент возникает много значимых социальных взаимодействий, когда участники отстаивают свою позицию, сомневаются, пытаются схитрить, учитывая реакции партнеров по игре.*

ИНТЕГРАЦИЯ МЕТОДОВ ТЕЛЕСНОЙ ТЕРАПИИ И ГРУППОВОЙ СИМВОЛДРАМЫ

Символдрама является глубинно-ориентированным методом психотерапии, основанном на оригинальной работе с воображением, с образами. Важной для больного является возможность символизировать свои чувства с помощью вербализации представленных образов. (Описание см. в приложении.) Предварительно необходимо проведение телесных упражнений.

Упражнения направлены на осознание разных телесных ощущений и восстановление целостного позитивного образа тела у больного ребенка.

* В разработке игр использованы материалы семинаров российско-австрийского проекта по детской психотерапии под руководством Э. Фрошмайер.

Задачи:

- 1) обеспечение ситуации доверия и безопасности;
- 2) активизация и развитие воображения;
- 3) развитие способности выражать свои чувства через речь;
- 4) проработка агрессии;
- 5) создание потенциального пространства игры и совместного творчества.

Приемы и методы:

представление образов; рисование; обсуждение; беседа; телесные упражнения.

Учебно-тематический план:

№ План занятий

1. Знакомство. Игра «Волшебный шар». Определение целей работы, обсуждение основных проблем, которые приносит заболевание. Игра «Мешок». Знакомство с символдрамой, объяснение принципов и правил работы с воображением. Телесные упражнения «Солдатики», «Бабочки». Представление образа «Поляна». Совместное рисование. Обсуждение занятия, чаепитие.
2. Приветствие. Игра «Поделись настроением». Обсуждение рисунка, событий, которые произошли за неделю. Упражнение «Отпечаток». Упражнение «Тесто». Представление образа «Пикник». Совместное рисование. Обсуждение занятия, чаепитие.
3. Приветствие. Игра «Здравствуй». Обсуждение рисунка, событий, которые произошли за неделю. Игра «Воздушный шарик». Упражнение «Вытягивание руки». Представление образа «Облако». Совместное рисование. Обсуждение занятия, чаепитие.
4. Приветствие. Игра «Это – Я». Обсуждение рисунка, событий, которые произошли за неделю. Игра «Волшебный дождь». Игра «Парашют». Представление образа «Путешествие на ковре самолета». Совместное рисование либо коллаж. Обсуждение занятия, чаепитие.
5. Приветствие. Игра «Отгадай настроение». Обсуждение рисунка, событий и переживаний, которые произошли за неделю. Игра «Дразнилки». Игра «Маленькие пакости». Игра «Два барашка». Представление образа «Дикие джунгли». Совместное рисование. Обсуждение занятия, чаепитие.
6. Приветствие. Игра «Передай движение». Обсуждение рисунка, событий и переживаний, которые произошли за неделю. Игра «Автомойка». Игра «Борьба спинами». Игра «Языки пламени». Представление образа «Вулкан». Совместное рисование. Обсуждение занятия, чаепитие.
7. Приветствие. Игра «Здравствуйте». Обсуждение рисунка, событий и переживаний, которые произошли за неделю. Упражнение «Дель-

финчики». Упражнение «Тряпичная кукла». Упражнение «Волна». Представление образа «Подводный мир». Совместное рисование. Обсуждение занятия, чаепитие.

8. Приветствие. Игра «Я хвалюсь». Обсуждение рисунка, событий и переживаний, которые произошли за неделю. Упражнение «Погода». Упражнение «Дерево». Представление образа «Поиск сокровища». Совместное рисование. Обсуждение образа и рисунка. Обсуждение всех рисунков и образов, распределение рисунков между членами группы. Подведение итогов, чаепитие.

Занятия проходят один раз в неделю, продолжительность занятия полтора часа. Ведущий выстраивает временную рамку занятий, учитывая рекомендации по проведению работы с образами, представленные ниже. Для всех остальных упражнений временная рамка строится из индивидуальных предпочтений ведущего и психодинамики группы.

ГРУППОВАЯ СИМВОЛДРАМА

Метод разработан известным немецким психотерапевтом Ханскарлом Лейнером (1919–1996). Основу метода составляет свободное фантазирование в форме образов – «картин» на заданную психотерапевтом тему (мотив). Психотерапевт выполняет при этом контролирующую, сопровождающую, направляющую функцию.

Концептуальная основа метода – глубинно-психологические психоаналитически ориентированные теории, анализ бессознательных и предсознательных конфликтов, аффективно-инстинктивных импульсов, процессов и механизмов защиты как отражения актуальных эмоционально-личностных проблем, анализ онтогенетических форм конфликтов раннего детства.

Используются 8 основных мотивов (поляна или луг, пикник, облако, путешествие на ковче самолете, дикие джунгли, вулкан, подводный мир, поиск сокровища), которые подобраны по принципу стихий и телесные упражнения, которые также отражают стихийную природу.

При групповой символдраматической работе терапевт является поддерживающим, запускающим групповое взаимодействие в образе.

Техника

Участники группы располагаются на полу, лежа на спине по кругу, головой в центр (в виде ромашки или звезды). Каждый участник накрывается индивидуальным пледом. В этом положении и проходит дальнейшая работа с образом, которая состоит из нескольких этапов. Первый этап – это расслабление, которое длится 5–7 минут, затем терапевт про-

говаривает тему образа и предлагает участникам высказывать все свои фантазии вслух. Во время активного представления образа (15–20 минут) терапевт не участвует своим образным материалом, а только направляет движение группы, чтобы никто из участников не выпал из общего взаимодействия. Терапевт задает вопросы: «Женя, а ты где?», «Кто-нибудь видит Валю?», «Что сейчас?» и т. д. (в контексте того мотива, который участники представляют). Как правило, вопросов подобного рода достаточно, чтобы поддерживать групповое взаимодействие и дать возможность свободному самовыражению каждого.

Еще одна важная функция терапевта во время представления образа – это завершение. Терапевт должен вовремя предложить участникам возможность закончить мотив и постепенно «вернуть» участников к переживанию реальности здесь и сейчас, к ощущениям тела. После этого участникам сразу же предлагается нарисовать все, что впечатлило в образе, на одном листе ватмана, который в свою очередь также является полем группового взаимодействия.

Игры и упражнения, используемые в работе с психосоматическими больными (бронхиальная астма)

1. Игра «Волшебный шар»

Цель: самопрезентация, возможность рассказать о себе и узнать о другом.

Описание: детям предлагается рассказать что-то о себе, о том, что любишь, о своем хобби и т. д. Для того чтобы игра происходила более непринужденно, можно предложить детям метафору волшебного шара – передавать какой-нибудь мяч или шар по кругу, и тот, у кого шар, говорит о себе, так как шар дает ему силу и уверенность.

Инструкция: «Давайте познакомимся и расскажем что-нибудь о себе. Чтобы нам было проще, мы используем волшебный шар. Кто возьмет его в руки, может сказать о себе что-нибудь, шар дает уверенность и безопасность».

2. Игра «Мешок»

Цель: обсудить проблемы заболевания, те трудности, которые приносит болезнь.

Описание: детям раздаются листы формата А4, на которых нарисованы мешки. В них дети рисуют все, чем им мешает болезнь, что их беспокоит. После того как все нарисуют, нужно обсудить в общем кругу.

Инструкция: «Сейчас я вам раздам листочки с нарисованными мешками, попробуйте нарисовать в мешках или вписать, все то, чем вам мешает астма».

3. Упражнение «Солдатики»

Цель: акцентировать разные телесные ощущения, контраст напряжения и расслабления.

Описание: детям предлагается исследовать разные ощущения: сначала сильного напряжения и отсутствия какого-либо движения «как солдаты на посту», затем наоборот максимального расслабления «болтаться как листочек на ветру».

Инструкция: «Сейчас мы будем экспериментировать, вам нужно чередовать ощущения напряжения и расслабления. По команде «солдаты» все должны выпрямиться, сильно-сильно напрячь все мышцы, не шевелиться, не произносить никаких звуков. По команде «отмена» все должны расслабиться и болтаться как марионетки на веревочках, можно произносить разные звуки». Несколько раз повторить, чередуя команды.

4. Упражнение «Бабочки»

Цель: акцентировать разные телесные ощущения, контраст напряжения и расслабления.

Описание: детям предлагается исследовать разные ощущения: сначала активности и движения «бабочки порхают», затем пассивности замирания «бабочка села на цветок».

Инструкция: «Представьте, что вы красивые бабочки, и пока играет музыка – вы порхаете с цветка на цветок, весело, активно, как только музыка замолкает – вы останавливаетесь и замираете, как будто бабочка села на цветок».

5. Упражнение «Поделись настроением»

Цель: развитие умения чувствовать другого человека.

Описание: участники встают в круг и держат друг друга за руки. После звучания колокольчика каждый рассказывает о своем настроении, остальные пытаются почувствовать это настроение.

Инструкция: «Сейчас ребята мы будем с вами делиться своим настроением. Встаньте в круг, возьмитесь за руки и после звучания колокольчика начнем по очереди рассказывать о своем настроении. Попытайтесь рассказывать красочно, полно, чтобы мы могли почувствовать настроение каждого».

6. Упражнение «Отпечаток»

Цель: обратить внимание на ощущения своего тела, поработать с образом тела.

Описание: ребята ложатся на пол, на спину, закрывают глаза и пытаются представить, какой отпечаток оставляет их тело на полу. Нужно отметить, где этот отпечаток сильнее, где практически невидим, какой

длины руки, ноги, какой отпечаток они оставляют. После представления можно нарисовать отпечаток и обсудить в группе.

Инструкция: «Расположитесь на полу так, чтобы не мешать друг другу, лягте на спину, что бы вам было удобно, закройте глаза и представьте мысленно, какой отпечаток вы оставляете на полу, какого он цвета, где сильнее, где меньше. После представления нарисуйте свой отпечаток».

7. Упражнение «Тесто»

Цель: акцентировать внимание на телесных ощущениях, снять напряжение мышц, активизировать воображение.

Описание: ребята разбиваются на пары, один «тесто», другой «пекарь». Пекарь разминает тесто, медленно, сильно, глубоко. Придает какую-нибудь форму и «выпекает». Потом ребята меняются ролями. Затем все обсуждают полученный опыт.

Инструкция: «Разбейтесь на пары и решите, кто будет «тестом», а кто «пекарем». Затем «пекарь» готовит «тесто» к выпечке: разминает его, поколачивает, придает какую-нибудь форму – булка, рогалик, торт и т.д., – и выпекает. Потом поменяйтесь ролями и сделайте упражнение еще раз.

8. Игра «Здравствуй»

Цель: установление эмоционального контакта, создание эмоционального комфорта.

Описание: участникам предлагается поздороваться разными способами. Ведущий показывает три способа, участники здороваются, используя каждый из них:

- 1) рукопожатие;
- 2) прикоснуться носами (эскимосский способ приветствия);
- 3) способ – объятия.

Инструкция: «Сейчас мы с вами будем здороваться, но здороваться по-разному. Сначала давайте пожмем друг другу руки. Постарайтесь подойти к каждому. Хорошо! А теперь «поздороваемся» носами, я покажу как. Вот так. Понятно, начали. Хорошо! И в заключение, давайте крепко обнимем друг друга».

9. Игра «Воздушный шарик»

Цель: умение выражать ощущения и чувства с помощью метафоры наполняющегося и сдувающегося шарика.

Описание: все дети встают в один большой круг. Затем делают медленный и глубокий вдох, представляя, что они как воздушные шарик, которые наполняются воздухом. Потом некоторое время «шарик» летает и лопаются: шумно и громко, падая на пол опустошенные. Упражнение повторить несколько раз.

Инструкция: «Представьте, пожалуйста, что вы воздушные шары, которые медленно наполняются воздухом. Постепенно вы становитесь все больше и больше. Какое-то время вы летаете, затем лопаетесь, громко сдуваясь».

10. Упражнение «Вытягивание руки»

Цель: акцентировать внимание на телесных ощущениях, активизировать фантазию.

Описание: участники делятся на пары. Один из них ложится на спину на коврик, закрывает глаза и прислушивается к своим ощущениям. Второй партнер медленно берет руку лежащего человека и очень осторожно, совсем чуть-чуть вытягивает ее, мысленно представляя, что вытягивает ее до невероятных размеров, затем возвращает. Повторяет несколько раз, затем переходит к другой руке. Важно, что движение минимально. Затем партнеры меняются ролями.

Инструкция: «Разбейтесь на пары. Один из вас ляжет на спину, прикроет глаза, попробует расслабиться и прислушаться к своим ощущениям. Второй должен аккуратно взять руку партнера и медленно и осторожно потянуть, мысленно представляя, что вытягивает до невероятных размеров, затем также медленно вернуть руку обратно и повторить то же с другой рукой. Потом поменяйтесь ролями».

11. Упражнение «Это – Я»

Цель: посмотреть на себя со стороны, развитие умения выражения себя в движении. *Описание:* дети образуют большой круг. По очереди каждый выходит в центр и называет свое имя. Затем возвращается на свое место. Группа повторяет его имя, манеру двигаться и говорить, идя в центр круга. Человек, чье имя называется, наблюдает за этим процессом со стороны. Начинать упражнение лучше самому ведущему.

Инструкция: «Сейчас мы с вами, ребята, встанем в большой круг и поиграем. По очереди каждый выходит в центр круга и называет свое имя. Затем возвращается на свое место. А мы все вместе повторяем его имя, манеру двигаться и говорить. Итак, начнем. Я буду первым».

12. Игра «Волшебный дождь»

Цель: активизация воображения, возможность выразить агрессивные чувства в безопасной обстановке.

Описание: для игры необходимы газеты и яркие журналы. Игра состоит из трех этапов. Первый этап: ребятам предлагается взять себе несколько журналов и газет. Затем вместе с детьми необходимо решить за какое время газеты будут разорваны на мелкие кусочки (но не больше 3–4 минут). По сигналу нужно остановиться. Второй этап: также вместе с детьми определяется время и за это время можно кидаться

кусочками друг в друга, подбрасывать вверх, устраивая «волшебный дождь». По сигналу нужно остановиться и перейти к третьему этапу. Опять за ограниченное время необходимо быстро собрать все кусочки в специальный пакет. Желательно использовать звуковой таймер.

Инструкция: «Выберите себе несколько журналов и газет. Эти газеты и журналы необходимо порвать на мелкие кусочки, мы должны определить время, за которое вы сможете это сделать. Начинаем по сигналу. Это первый этап игры. Теперь за это же время вы можете кидаться друг в друга, лепя из кусочков шары, разбрасывать вокруг, подбрасывать вверх. Это второй этап игры. А теперь третий этап. За какое время вы сможете это убрать? Определили? Начали! Быстро собирайте все кусочки в этот пакет».

13. Игра «Парашют»

Цель: контакт с воздушной стихией, переживание ярких телесных и эмоциональных ощущений.

Описание: Для игры необходим специальный детский парашют или большой кусок легкой ткани. Все дети встают в круг и берут парашют, кто-то один из детей ложится в центр круга на коврик. Остальные поднимают над ним парашют и медленно опускают на него, затем опять поднимают и опускают. Движения постепенно ускоряются. Через одну-две минуты в центр ложится другой ребенок, и так постепенно все проходят это упражнение.

Инструкция: «Сейчас мы поиграем в игру «Парашют». Встаньте в круг и возьмитесь за края парашюта. Теперь кто-нибудь может лечь в центр круга на спину на коврик под парашютом. Мы все вместе поднимаем парашют высоко и медленно опускаем на того, кто в центре, и опять поднимаем и опускаем, теперь давайте быстрее. Через одну-две минуты в центр ложится следующий участник».

14. «Отгадай настроение»

Цель: Научиться различать чувства и мысли людей по выражению лица.

Описание: Участникам предлагается рассмотреть различные картинки, на которых персонажи изображены с различным эмоциональным выражением лица. Предлагается определить, что за чувство выражают персонажи на картинках. Затем каждому ребенку выдается карточка с определенным «настроением», ему нужно отгадать, какую эмоцию отражает персонаж на картинке и затем сыграть его: показать через мимику, жесты. Остальные участники должны отгадать то настроение, которое передает ребенок.

Инструкция: «Сейчас я покажу вам картинки, на которых изображены персонажи с различным настроением. Давайте попробуем отгадать, что это за настроения и назовем их. Хорошо, а теперь я каждому дам карточку, внимательно посмотрите на свою карточку, определите,

какое настроение показано, и никому не показывая, подумайте, как вы изобразите это настроение через мимику и жесты. Ну что ж, начнем. Отгадывайте, какое настроение показываю я. А теперь вы».

15. Игра «Дразнилки»

Цель: выражение агрессии социально-приемлемым способом, через игру. Возможность обсудить ситуации, когда возникает злость и обида.

Описание: дети в свободном порядке двигаются по комнате и «дразнятся», корчат друг другу разные рожицы (смешные, злые, обидные и т.д.). Важно, чтобы терапевт выполнял упражнение вместе с детьми, также корчил рожицы и стимулировал к свободной игре ребят.

Инструкция: «Мы сейчас поиграем в игру «Дразнилки». Игра очень простая, но иногда некоторым людям очень трудно в нее играть. Попробуем? Для этого необходимо свободно передвигаться по комнате и, не останавливаясь, корчить друг другу рожицы, дразниться. Попробуйте по-разному».

16. Игра «Маленькие пакости»

Цель: выражение агрессии социально-приемлемым способом, через игру. Возможность обсудить ситуации, когда возникает злость и обида.

Описание: дети в свободном порядке двигаются по комнате и устраивают друг другу «маленькие пакости» (легонышко щипаются, дергают за косички, шлепают друг друга и т.д.). Важно, чтобы терапевт выполнял это упражнение вместе с детьми.

Инструкция: «Давайте поиграем в игру «Маленькие пакости». Для этого необходимо свободно передвигаться по комнате и делать друг другу небольшие озорные пакости, например, легонышко ущипнуть, пощекотать, дернуть за косичку, шлепнуть и т.д. Помните, чтобы ваши пакости были легкими и веселыми. Попробуйте быть изобретательными.

17. Игра «Два барашка»

Цель: почувствовать «дух противоречия», «дух соперничества».

Описание: участники делятся на пары, опускаются на колени, опираясь руками в пол, друг против друга. Затем упираются плечом в плечо и пытаются сдвинуть друг друга с места.

Инструкция: «Сегодня мы поиграем в игру «Два барашка». Вам нужно поделиться на пары. Теперь опуститесь на колени и упритесь плечо в плечо друг другу. Попытайтесь сдвинуть друг друга с места как два «упрямых барашка»».

18. Игра «Передай движение»

Цель: развитие телесной чувствительности, передачи чувств с помощью движения.

Описание: все дети встают в круг друг за другом, один ребенок – ведущий, он задает какое-нибудь движение, которое все передают по кругу, чтобы оно вернулось ведущему. Во время передачи движения все, кроме ведущего, стоят с закрытыми глазами. Затем ведущий меняется.

Инструкция: «Встаньте в круг друг за другом. Кто-нибудь будет ведущим, ему нужно послать движение или прикосновение человеку, который стоит впереди, он в свою очередь отправляет движение дальше и так по кругу, чтобы движение вернулось к ведущему. Он может сказать, вернулось ли ему то движение, которое он посылал. В кругу все ребята передают движение с закрытыми глазами, чтобы лучше почувствовать движение. Ведущий будет меняться несколько раз. Попробуйте посылать разнообразные движения».

19. Игра «Автомойка»

Цель игры: активизировать воображение, возможность выражения агрессии социально приемлемым способом.

Описание: Все участники встают на корточки друг против друга, образуя коридор, который символизирует мойку. Один из участников встает на корточки в начале коридора и представляет себя каким-нибудь автомобилем. Он рассказывает какой марки автомобиль, какого цвета, какого года, какой требуется ремонт, какова степень загрязнения, в каких местах необходимо особенно тщательно вычистить и т.д. После этого «машина» движется через коридор, все ее отмывают, чистят с помощью разнообразных массажных движений. После того как участник пройдет весь коридор, он становится в конце, а через мойку идет следующий «автомобиль».

Инструкция: «Всем нужно разбиться на пары и встать на корточки друг против друга, образуя один коридор. Мы будем изображать автомойку. Каждый по очереди будет машиной. Один из участников становится в начале коридора и представляет себя машиной. Все рассказывает о машине (какой марки автомобиль, какого цвета, какого года, какой требуется ремонт, какова степень загрязнения, в каких местах необходимо особенно тщательно вычистить). И начинает двигаться через «мойку» – соответственно пожеланиям машины ее нужно вымыть и почистить. Как только машина проходит мойку, то участник сразу же становится в цепочку, а следующий начинает игру.

20. Игра «Борьба спинами»

Цель: выражение агрессии социально-приемлемым способом в безопасной обстановке.

Описание: Дети разбиваются на пары, близкие по росту. Становятся спиной друг к другу и упираются спинами. Сначала просто прикасаются спинами, потом медленно начинают взаимодействовать, как будто

разговаривать, потом взаимодействие становится сильнее, и уже происходит борьба спинами, активно, интенсивно, но аккуратно. Можно сменить партнеров несколько раз.

Инструкция: «Выберите себе партнера, близкого вам по росту. Повернитесь друг к другу спиной и обопритесь спинами друг на друга. Постоите так немного. Теперь начните немного двигать спиной, как будто вы ведете диалог, разговариваете. Начните двигать спинами интенсивнее и можете побороться активно. Будьте аккуратны, делайте движения сильные, напористые, но осторожные. Затем опять уменьшите темп, и закончите упражнение просто прикасаясь спинами».

21. Игра «Языки пламени»

Цель: развитие эмоциональной компетенции через ощущения тела, переживание жара, огня.

Описание: дети ложатся на спину, на коврик. Представляют, что они являются большим костром или огоньком и их руки и ноги – это языки пламени. Они поднимают руки и ноги вверх под углом 90 градусов и начинают интенсивно трясти ими, как бы польхая. Через одну минуту – отдых, во время которого нужно закрыть глаза и прислушаться к своим ощущениям, мысленно представляя огонек.

Инструкция: «Сейчас мы сделаем упражнение «Языки пламени». Для этого расположитесь на коврике лежа на спине. По сигналу поднимите руки и ноги вверх и начните интенсивно трясти ими, как будто это языки пламени от костра. Представляйте, как ваш костер разгорается, и пламя колышется сильнее. По сигналу остановитесь, и разбросайте руки и ноги, закройте глаза и прислушайтесь к своим ощущениям, мысленно пытайтесь представить горящий огонек».

22. Упражнение «Дельфинчики»

Цель: развитие телесной и эмоциональной компетенции.

Описание: Упражнение необходимо выполнять на ковровом покрытии, важно чтобы было достаточно много места. Упражнение выполняется каждым ребенком по очереди. Ребенку необходимо лечь на спину, вытянуть руки вдоль туловища и быстро перекатываться с боку на бок с одного края комнаты в другой и обратно, как дельфинчик на волнах. Другие ребята в этот момент приветствуют «дельфина» одобрительными возгласами или аплодисментами. Важно, чтобы при перекатывании тело оставалось выпрямленным. По очереди это упражнение делает каждый ребенок.

Инструкция: «Давайте представим, что вместо ковра у нас здесь ласковое море, и дельфины вынырнули порезвиться на волнах. Каждый по очереди попробуйте лечь на спину, вытянуть руки вдоль туловища и быстро перекатываться с бока на бок, с одного края комнаты в

другой и обратно, как дельфинчик на волнах. А мы все будем поддерживать его хлопками и радостными возгласами».

23. Упражнение «Тряпичная кукла»

Цель: развитие умения расслаблять тело, способность доверять партнеру.

Описание: дети разбиваются на пары. В паре один человек лежит на спине на коврик, второй сначала берет обе руки и всячески их трясет, качает, как руки тряпичной куклы, изображает различные волны, важно, чтобы руки были расслаблены и болтались как плети. Потом то же самое нужно сделать и с ногами. Терапевт помогает детям сделать это упражнение с ногами, подходит к каждой паре. Потом партнеры меняются ролями. Упражнение желательно выполнять под легкую спокойную музыку.

Инструкция: «Сейчас мы поиграем в «тряпичную куклу». Разбейтесь на пары. Один человек ложится на коврик на спину, партнер берет его руки и осторожно трясет, качает, расслабляя руки, в конце концов руки лежащего партнера должны болтаться как плети, полностью расслабленно. Затем те же движения нужно повторить с ногами, я помогу вам, так как это немного сложнее, чем с руками. А теперь поменяйтесь ролями».

24. Упражнение «Волна»

Цель: развитие умения доверять окружающим, расслабление.

Описание: для упражнения необходим парашют или плотное покрывало. Парашют расстилается на полу, в центр ложится кто-нибудь один из детей, все остальные равномерно распределяются по кругу и крепко берутся за края парашюта. Затем медленно поднимают и так же медленно раскачивают ребенка, как будто он качается на волнах. Через некоторое время можно усилить качку, потом опять замедлить (качать не больше 2–3 минут). Заканчивать нужно медленно и осторожно, положить на пол и дать немного времени полежать.

Инструкция: «Сейчас давайте расстелим парашют, кто-нибудь один ляжет в центр, все остальные аккуратно поднимают парашют, крепко держась за края. Начинаем медленно покачивать, теперь быстрее и опять медленно. Теперь осторожно опускаем. Мы сделаем это упражнение с каждым».

25. Игра «Я хвалюсь»

Цель: развитие у детей интереса к себе, повышение самопринятия, осознание себя и другого как уникальных людей.

Описание: детям предлагается назвать по 2–3 дела, которые они могут делать лучше других.

Инструкция: «Каждый человек умеет делать что-то лучше других. Но нередко окружающие люди даже не знают об этом. Сейчас мы с вами

сделаем большой круг, где можно будет каждому рассказать о тех делах, которые он умеет выполнять лучше всех (2–3 дела). Внимательно слушайте друг друга, и вы увидите, как много мы все вместе умеем».

26. Упражнение «Погода»

Цель: показать возможность выражения чувств через телесное взаимодействие.

Описание: дети разбиваются на пары. Один человек ложится на коврик на живот, второй по инструкции ведущего на спине у лежащего показывает разные состояния погоды. Начинать нужно с солнышка, приятного тепла (этому соответствуют легкие, поглаживающие прикосновения), потом появляется ветерок, он становится все сильнее, нагоняет тучи (прикосновения становятся более динамичными, круговые движения руками по всей поверхности спины). Затем небо темнеет, гремит гром, начинается дождик, он усиливается, превращается в ливень, гремит гроза (движения становятся сильными, хлопки, щипки, стремительные круговые движения). Затем природа успокаивается, небо очищается, появляется солнышко, на небе радуга (движения опять нежные, ласковые, поглаживающие). Затем участники пары меняются, и упражнение повторяется еще раз.

Инструкция: «Разбейтесь на пары, один человек лежит на животе на коврике. Второй человек будет с помощью разных прикосновений и движений показывать на спине у партнера разную погоду. Я буду говорить вслух, какую погоду необходимо показывать. Начнем».

27. Упражнение «Дерево»

Цель: формирование чувства опоры, устойчивости, соединение телесных и образных фантазий.

Описание: Ребята свободно передвигаются по комнате, каждый выбирает себе удобное место (рядом с другими, наоборот вдалеке от других, близко к окну, к стене). Встает в этом месте, закрывает глаза и представляет себя каким-нибудь деревом. Ведущий тем временем обращает внимание ребят на то, какие корни у этого дерева, какой ствол, какая крона. Просит ребят представить, как от корней движутся питательные соки и поднимаются по стволу к листочкам, как дерево наполняется жизненной энергией. Просит представить, как солнышко прогревает крону дерева, согревает каждый листочек. После того как закончится представление дерева, нужно нарисовать его, и потом в кругу происходит презентация каждого рисунка.

Инструкция: «Сейчас ребята вы можете походить по помещению и выбрать то место, которое кажется вам наиболее комфортным. Каждый выбирает место для себя. Теперь встаньте и закройте глаза. Представьте, что вы – это дерево. Любое дерево, какое представится в вашем воображении. Попробуйте ощутить себя этим деревом. Почувствуйте

корни, питательные соки, которые поднимаются по ним вверх, к кроне. Почувствуйте свой ствол, крону, шелест листьев. Почувствуйте, как крепко корни держат вас, какой сильный и крепкий ствол, но в то же время гибкая и нежная крона. Почувствуйте, как солнышко пригревает, и возвращайтесь из образа. Теперь нарисуйте свое дерево».

ДИСКУССИОННАЯ ГРУППА С РОДИТЕЛЯМИ

Бронхиальная астма – это хроническое психосоматическое заболевание, влияющее не только на физическое здоровье ребенка и эмоционально-личностную сферу, но и на внутрисемейные отношения. «Всякий телесный недостаток не только изменяет отношение к миру, но прежде всего сказывается на отношениях с людьми» (Выготский Л.С., 1984.)

В возникновении и формировании любого психосоматического заболевания существенную роль играют отношения между матерью и ребенком. «И здоровье, и болезнь – это результат межличностных отношений, связей, складывающихся у детей со взрослыми, и у взрослых с детьми» (Ф.Дольто 1997).

В результате исследования было установлено, что матери детей, страдающих бронхиальной астмой, были весьма авторитарны, сверхвключены в воспитание ребенка, доминирующи, требовательны, навязчивы и эгоцентричны. Все это сочеталось с высоким уровнем тревожности и депрессивности. У всех них остались неразрешенными детские конфликты, и они пытались решить их за счет ребенка.

Эти матери отличались слабой ментализацией своих эмоциональных переживаний, связанных с отношениями с другими людьми, членами семьи. Они испытывали значительные затруднения, говоря о своих чувствах, для них практически невозможно было говорить о негативных чувствах. Подобная особенность матерей тесно связана с психосоматическим заболеванием ребенка, когда тело является способом выражения эмоций, негативных чувств и страданий. Если ребенок имеет возможность выразить свои переживания словами, то нет необходимости эти переживания переводить на язык болезни, т.е. болеть. Также если мать может вербализовать свою тревогу, это меньше травмирует ребенка, и в результате его психологическое и соматическое состояние улучшается.

В связи с этим проведение занятий с родителями в виде дискуссионной группы является наиболее целесообразным.

Примерный план проведения занятий с группой родителей

До начала занятий необходима индивидуальная консультация с каждой семьей. Занятия проводятся в виде дискуссионной группы в отдельном от детей помещении.

Цель курса: помочь родителям детей с бронхиальной астмой повысить компетентность во взаимодействии с ребенком. В большей степени осознавать собственные эмоции и эмоции своего ребенка и уметь их выражать вербально.

Общие рекомендации: максимально вовлекать в беседу всех родителей, поддерживать их в изложении собственного опыта, избегать негативной или позитивной оценки. Необходимо обращать особенное внимание на родителей не участвующих в дискуссиях. Не настаивать на их высказывании, но поддерживать с ними контакт невербально. В некоторых случаях рекомендуется приглашать их на повторную индивидуальную консультацию, чтобы прояснить, что мешает им занимать более активную позицию.

Для избежания ситуации «ученик – учитель», где психолог воспринимается как специалист, который научит, как правильно воспитывать ребенка, рекомендуется проводить дискуссионную группу сидя на стульях, поставленных по кругу.

В связи с тем, что наличие диагноза хронического психосоматического заболевания у ребенка является психотравмирующей ситуацией для родителя, во время ведения группы важно осторожно предоставлять информацию, способную актуализировать травму (информация о психологических причинах заболевания, о роли матери в возникновении и формировании заболевания и т.д.). Ведущему группы необходимо иметь медицинское или психологическое образование и базовые психотерапевтические навыки.

Предложенный тематический план не является жестким. Во время дискуссии родители могут поднимать любые вопросы, которые их интересуют. Медицинские вопросы, касающиеся приема лекарств, обследования в больнице и т.д., следует переадресовывать врачу. Но с родителями можно обсуждать психологическую составляющую этих вопросов (например, тревога, которую они испытывают, когда их ребенок находится в больнице).

Занятие 1. Вводное

Цель: знакомство. Каждый родитель рассказывает о своих переживаниях, связанных с болезнью ребенка.

После знакомства психолог представляет участникам темы, которые будут обсуждаться в дальнейшем, предлагает обсудить степень важности этих тем, а также подумать и в конце занятия высказаться о других интересующих проблемах, связанных с болезнью их детей. Желательно по возможности прояснить интересы каждого участника группы.

Обсуждение взаимосвязи телесного и психического. Психолог рассказывает о способах выражения эмоций у детей. В ситуациях, в кото-

рых затруднена или полностью блокирована возможность вербального выражения эмоций, происходит соматизация. Желательно, чтобы родители сами привели какой-либо пример.

Бронхиальная астма как психосоматическое заболевание. Влияние БА на жизнь ребенка, на внутрисемейные отношения. Обсуждение с родителями их собственного опыта.

Возвращение к вопросу, заданному в начале первого занятия. Что было бы важно еще обсудить во время следующих встреч.

Занятие 2. Самостоятельность и ответственность

Цель: осознание собственных тревог, связанных с взрослением ребенка, его желанием быть самостоятельным и передачей ему все большей ответственности за самого себя.

Все родители испытывают тревогу, когда ребенок начинает осваивать мир. Он учится ходить, пользоваться острыми предметами, строить отношения со сверстниками и теми, кто старше, самостоятельно переходить дорогу и т.д. Каждый взрослый сам находит компромисс между опекой ребенка и признанием его самостоятельности. В ситуации, когда у ребенка хроническое заболевание, этот вопрос становится еще более важным, так как существует объективная причина для большей опеки, чем у здорового сверстника.

Обсуждение с родителями темы самостоятельности их детей. Что мешает предоставить им большую самостоятельность. Какие тревоги и страхи есть у самих родителей в связи с этой проблемой.

Составление трех списков:

- а) дела, за которые дети могут отвечать и делают это;
- б) дела, за которые они могут отвечать, но делают это время от времени;
- в) дела, за которые они могут отвечать, но не делают этого.

Обсуждение, что необходимо для уменьшения третьего списка и увеличения первого.

Занятие 3. Запреты и наказания

Цель: осознание чувств, связанных с запретами и наказаниями. Поиск адекватных решений.

Каждому родителю приходится что-нибудь запрещать своему ребенку, особенно если это касается болезни бронхиальной астмы: врачами ребенку предписываются пищевые запреты, запреты иметь домашних животных и т.д.

Обсуждение имеющихся запретов: запреты, связанные с заболеванием и «обычные» запреты (например, нельзя слишком долго смотреть телевизор). Как ребенок реагирует на запреты. Что чувствуют родители, всегда ли они бывают последовательны, когда говорят «нет». Что чув-

ствует ребенок и как борется с запретом. «Разумность» родительских запретов.

Запрет должен быть ясным и понятным, в зависимости от ситуации может сопровождаться объяснением причин и при этом быть достаточно твердым. Он должен соответствовать возрасту ребенка, его чувствам и конкретной ситуации. Запрещая что-либо, родителям необходимо понимать, что тем самым они ограничивают стремление ребенка к самостоятельности. Но тем не менее запрет необходим для обеспечения безопасности ребенка.

Обсуждение темы наказания. Наказание – это лишение некоей привилегии, ограничение или причинение боли, оно должно совершаться также в целях защиты ребенка от опасности. Наказание – более жесткий способ напомнить ребенку об установленных границах разрешенного.

Как и за что наказывают родители своих детей. Эффективность наказания. Чувства родителя и чувства ребенка. Как дети реагируют на наказания. Вопрос о необходимости наказаний. Другие способы решения ситуаций, в которых обычно применяется наказание.

Занятие 4. Страхи

Цель: обсуждение темы происхождения страхов и способов их уменьшения.

Страх – как защитная функция психики. Существуют страхи, связанные с различными периодами развития: страх чужого, страх темноты, страх засыпания, страх наказания за враждебность или запретные мысли и желания, страх потерять любовь родителей, страх неодобрения самого себя (чувство вины), страх быть поглощенным своими сексуальными чувствами, страх потерять независимость и автономность, боязнь неодобрения со стороны сверстников. А также есть страхи, связанные с заболеванием: страх не справиться с приступом, страх удушья, страх смерти и т.д.

В последнее время отмечается рост показателя смертности от бронхиальной астмы. Тема страха смерти является крайне важной как для родителей, так и для детей, но необходимо с большой осторожностью подходить к ее обсуждению. Осознание родителями возможности смертельного исхода является для них травматичным переживанием, от которого защищаются, используя различные механизмы психологической защиты, наиболее частые – отрицание, вытеснение и изоляция.

Отрицание – один из примитивных первичных защитных механизмов, способ справиться с негативным опытом, переживаниями, отказываясь принять их существование.

Вытеснение – вторичный (высшего порядка) механизм защиты, в результате его действия происходит мотивированное забывание или

игнорирование. Этот процесс может применяться ко всему опыту, к аффекту, связанному с опытом, или к фантазиям и желаниям, ассоциированным с опытом. Эта защита включается в тех случаях, когда мысль, чувство или восприятие чего-либо становятся неприемлемыми для осознания из-за своей способности травмировать.

Изоляция – вторичный (высшего порядка) механизм защиты, когда аффективный компонент переживания или идеи может быть отделен от своей когнитивной составляющей, из сознания удаляется не весь опыт переживания, а только его эмоциональное значение.

Обсуждение с родителями их собственных страхов и страхов их детей. Какие ситуации провоцируют страх. Способы борьбы со страхом. Для родителей важно самим не бояться говорить с ребенком о его страхах.

Занятие 5. Гнев, агрессия

Цель: обсуждение проблем и тревог, связанных с агрессией.

Конструктивная и деструктивная агрессия. Конструктивная агрессия может служить способом самозащиты, отстаиванием своих прав, удовлетворения желаний и достижения целей. Выраженная в приемлемой форме агрессия играет важную роль в способности адаптироваться к обстановке, познавать новое, добиваться успеха. Агрессивность в форме враждебности и ненависти способна нанести вред, сформировать нежелательные черты характера. Тем не менее, второй тип агрессии, несмотря на его отрицательные качества, тоже может быть необходим для выживания и адаптации.

Эмоции, скрывающиеся за агрессией: страх, обида, беспомощность и т.д. Обсуждение ситуаций, вызывающих гнев или агрессию. Что чувствуют родители, когда сердятся, какие чувства они испытывают после гнева. Как реагируют они на реакцию гнева или агрессии у собственных детей. Как реагируют дети на гнев взрослых, агрессию со стороны сверстников. Часто ли они бывают сердиты или агрессивны. Как справляться с подобными ситуациями.

Занятие 6. Отношения в семье

Цель: обсуждение чувств, связанных с внутрисемейными отношениями.

Обсуждение распределения ролей в семье. Обсуждение роли отца в семье. Влияние предыдущего поколения (бабушки и дедушки) на внутрисемейные отношения. Место ребенка в семье, особенности отношений с каждым из членов семьи (например, кому ребенок больше доверяет, к кому чаще обращается за помощью, кто быстрее может договориться с ребенком и т.д.). Взгляды на воспитание ребенка, согласованность в вопросах воспитания между отцом и матерью. Трудности матери, воспи-

тынающей ребенка без отца. Отношения с сиблингами. Отношение членов семьи к заболеванию ребенка.

Занятие 7. Отношения со сверстниками и школа

Цель: выявить основные проблемы, возникающие в школе и при общении со сверстниками у детей, страдающих бронхиальной астмой.

Частые пропуски школы из-за болезни, связанная с этим необходимость больше заниматься дома. Отношение учителей к тому, что у ребенка хроническое заболевание. Страх контрольных и экзаменов как возможный провокатор приступов. Использование болезни для избегания сложных школьных ситуаций (например, контрольные, напряженные отношения с педагогом или другим учеником в классе и т.д.). Говорит ли о своем заболевании в классе. Как относятся другие дети к тому, что у него бронхиальная астма. Реакция ребенка на отношения одноклассников. Основные трудности, с которыми, на взгляд родителей, встречаются их дети при общении со сверстниками. Какие способы они используют, чтобы преодолевать эти трудности. Позиция родителей в этих ситуациях.

Занятие 8 (заключительное). Взгляд в будущее

Цель: подведение итогов встреч, обсуждение представлений родителей о будущем их детей.

Обсуждение того, как родители представляют себе дальнейшую жизнь своих детей. Что может тревожить: вопросы, связанные с подростковым периодом, экзаменами, обучением после школы, армией, выбором профессии, будущей семьей. Каково место самих родителей в дальнейшей жизни своих детей. Готовы ли родители доверить детям самим возможность принимать важные решения.

Совместная работа врача и психолога значительно повышает эффективность лечения детей, страдающими бронхиальной астмой. Психологическую коррекционную работу с детьми, больными бронхиальной астмой, и их родителями должны проводить специалисты (педагоги, психологи, социальные работники, врачи), обученные по программе символдрамы, а также владеющие методами игротерапии и телесно-ориентированной терапии.

ПСИХОГЕННАЯ ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИЯ

Дыхание – одна из основных функций организма. Как и двигательную систему, дыхание можно наблюдать. Это самопроизвольная функция организма (мы дышим не задумываясь), но в то же время и произвольная (мы можем задержать дыхание, дышать глубоко и т.д.). Возможные соматические и поведенческие последствия психического стресса проявляются в различных системах организма: сердечно-сосудистой (гипертензия, «невроз сердца»), желудочно-кишечной (тошнота, рвота, «невроз желудка», язвенная болезнь желудка и др.), иммунологической (снижение сопротивляемости организма, дерматологической (экзема и другие кожные проявления), мышечной (головная боль, связанная с напряжением шейных мышц; боли в грудной клетке, в нижней части позвоночника и др.). Ну а что же дыхательная система? В этом смысле она «не хуже» остальных. Одним из проявлений стресса бывает гипервентиляционный синдром психогенного происхождения. Это довольно тягостное, неприятное нарушение дыхания.

Гипервентиляционный синдром представляет собой избыточную вентиляцию, неадекватную уровню газообмена в организме, которая довольно часто встречается во врачебной практике. Именно гипервентиляционный синдром является наиболее частой причиной нарушений дыхания в общей популяции; на него приходится 25% жалоб, связанных с нарушением дыхания. Тем не менее в течение последних 100 лет попытки определения и объяснения его патофизиологических основ вызывают самые жаркие споры. Традиционное определение гипервентиляционного синдрома звучит следующим образом: «синдром, характеризующийся разнообразием соматических симптомов, вызванных физиологически неадекватной гипервентиляцией и обычно легко воспроизводимых произвольной гипервентиляцией». Наиболее просто рассматривать гипервентиляционный синдром как состояние, при котором минутная вентиляция превышает метаболические потребности организма, что сказывается на гемодинамических и биохимических изменениях и в конечном счете вызывает характерные симптомы. Поскольку по своей сути гипервентиляционный синдром является психогенным, то более точное название синдрома – психогенная, или психофизиологическая гипервентиляция (далее – ПГ).

Существуют значительные совпадения в симптомах между гипервентиляционным синдромом и «паническими атаками», что вероятно и является поводом для ряда исследователей объединять эти состояния, но по своей сути это разные патологии. Около 50% пациентов с «паническими атаками» и 60% с агорафобией имеют в своей симптоматике гипервентиляцию, в то время как только 25% пациентов с гипервентиляционным синдромом имеют «панические» нарушения.

Эпидемиология. Хотя сообщается, что в США примерно у 10% пациентов в практике врачей-терапевтов диагноз ПГ выставлен как первичный, точных данных по распространенности ПГ на сегодня нет. ПГ встречается во всех возрастных группах (за исключением периода новорожденности) с наибольшей частотой в возрасте 15–55 лет и более характерен для лиц женского пола с соотношением примерно 7:1. Данные о смертности от ПГ крайне редки. Повышена частота встречаемости ПГ у близких родственников в сравнении с общей популяцией, но четкие генетические факторы на сегодня не установлены.

Этиология и патогенез. Проблема этиологии и патогенеза ПГ достаточно трудна – прежде всего потому, что существует тесная связь между лежащими в их основе процессами. Так, для возникновения ПГ особенности конституции и личностные характеристики имеют практически первостепенное значение. Тем не менее, существовали различные попытки вычленения конкретных этиологических факторов: органических (заболевания нервной системы и соматические), физиологических (температура окружающей среды, нагрузка, менопауза и т.д.), эмоциональных, а также связанных с неправильной привычкой дышать.

ПГ проявляется острой и хронической формами. Острая ПГ составляет около 1% случаев и более легко диагностируется. Хроническая ПГ проявляется несметным числом дыхательных, сердечных, неврологических и гастроэнтерологических симптомов. Благодаря неувимости гипервентиляции многие пациенты с хронической ПГ подвергаются интенсивному и дорогостоящему обследованию с целью установить органическую причину их жалоб. Нужно заметить, что лежащий в основе гипервентиляции патогенез на сегодня остается неясным, хотя количество гипотез продолжает увеличиваться. Кажется очевидным, что существует категория людей, у которых определенные стрессоры вызывают преувеличенный респираторный ответ. Некоторые из этих стрессоров установлены, к ним можно отнести эмоциональный стресс, кофеин, холецистокинин, лактат и CO_2 . Введение лактата больным с «паническим» нарушением провоцирует симптомы «панических атак» в 80% случаев, в то время как в контроле – лишь у 10% здоровых людей. Около половины пациентов с положительным ответом на лактат развивают гипервентиляцию как часть «панических» проявлений. Было ус-

тановлено, что уровень лактата выше и остается таковым дольше у пациентов с «паническим» расстройством по сравнению с контролем, что послужило основанием считать нарушение метаболизма лактата, вовлеченным в патогенез, хотя характер и степень этих нарушений остаются неясными. Неясен остается также вопрос о возможности участия подобных лактатных нарушений в патогенезе самостоятельного ПГ. Часть гипотез, объясняющих основу ПГ, строятся на механике дыхания. В покое количество воздуха, обмениваемое за 1 дыхание, составляет 35–45% от жизненной емкости легких. Гипервентиляции легких сверх этого уровня противостоит эластическая тяга грудной клетки и выдыхаемые объемы сверх этого уровня ощущаются как одышка. Пациенты с ПГ имеют тенденцию дышать верхними отделами грудной клетки чаще, чем диафрагмой, что приводит к хроническому переполнению легких. Когда стресс вызывает необходимость глубокого дыхания, это и ощущается как одышка. Ощущение одышки вызывает тревогу, которая способствует еще более глубокому дыханию, и таким образом формируется порочный круг. Как результат гипервентиляции уровень альвеолярного $p\text{CO}_2$ снижается ниже нормы, а артериальное $p\text{CO}_2$ как следствие растет. Таким образом, генез ПГ неизвестен, но очевидно, что аффективные личности имеют нарушенный респираторный ответ на стресс, лактат и другие химические и эмоциональные триггеры, что выражается в чрезмерно увеличенной минутной вентиляции и гипокарбии.

Многие исследователи уделяют внимание психологическим механизмам, которые не только участвуют, но очень часто способствуют проявлениям клинической симптоматики. О роли психических факторов в происхождении синдрома свидетельствует факт значительного увеличения его частоты во время военных действий как среди военных, так и гражданских лиц.

В этой связи нами было проведено психологическое обследование детей с ПГ с целью выявления их личностного профиля, а также выделения психосоматического компонента в части формирования ПГ. Было установлено, что более чем у половины детей (67,5%) имелось посттравматическое стрессовое расстройство, при этом у детей до 12 лет оно встречалось чаще, чем у подростков, а у девочек чаще, чем у мальчиков. Наиболее травмирующими оказались конфликты в семье (75%), другие события – учебные неудачи, ссоры с одноклассниками, гибель любимых животных и т.д. – в качестве причин психологических травм были названы лишь в 50% случаев.

Диссоциация как маркер перенесенной психической травмы была выявлена в 36% случаев, причем у детей до 12 лет она распространена больше, чем у подростков., половых различий не наблюдалось. При тестировании по «шкале явной тревожности» выявлено значительное ко-

личество случаев с повышенной тревожностью, причем у одной трети тревожность была настолько высока, что они могут быть выделены в группу риска по этому фактору.

Данные опросника СМОЛ показали, что у детей с ПГ чаще встречался ипохондрический тип развития личности. Для таких детей характерны стремление снискать сочувствие окружающих, раздражительность, пессимистическое отношение к жизни.

Распространенным вариантом профиля СМОЛ был код 13, называемый конверсионной пятеркой. Для детей с таким профилем характерны пассивное отношение к конфликтам, уход от проблем, тенденция к бегству в болезнь, контраст самооценки с мнением окружающих, отсутствие самокритичности, незрелость суждений, эгоцентричность, эмоциональная незрелость, низкий самоконтроль, тенденция к многочисленным жалобам с разнообразной локализацией. Такие подростки эгоцентричны, зависимы от родителей, обуреваемы чувством недостаточного внимания со стороны членов семьи, эмоционально-лабильны, плохо контролируют свои эмоции, легко возбудимы, с «рентным» отношением к своему заболеванию, внушаемы.

У детей в профиле ММРІ были выявлены коды 91 или 19, что свидетельствует о повышенной активности, высоком честолюбии и самооценке в сочетании с невозможностью добиться желаемого положения в группе и реализовать актуальные стремления, что приводит к появлению тревоги, которая возникает за счет соматического состояния и может иметь соматические проявления разнообразной локализации.

Как показали результаты многофакторного опросника Кеттела, у детей с ПГ отмечалось достоверное повышение стандартных оценок по шкалам О, Д, Е и понижение по шкале Г. Повышение по шкале О свидетельствует о более высоком уровне тревожности, пониженном настроении, озабоченности. О выраженной склонности к доминированию, противопоставлению себя окружающим, стремлению к лидерству и агрессивных тенденциях говорит высокий показатель по фактору Е. Высокий балл по шкале Д говорит о повышенной возбудимости, сверхактивности на слабые провоцирующие стимулы, что еще раз подтверждает общее мнение зарубежных и отечественных исследователей о больных с ПГ как гиперреакторах на те или иные триггеры. Низкие показатели по шкале Г свидетельствуют о конфликтности этих детей, их непостоянстве, отсутствии стойкой мотивации.

По результатам теста ПДО (Личко), среди подростков с ПГ акцентуированные личности встречались в 100% случаев. Среди типов акцентуации отмечались истероидный и лабильно-истероидный, для которых характерно желание привлекать к себе внимание любой ценой, эгоцентризм, изменчивость настроения, невротические реакции.

Межличностные отношения у детей с ПГ характеризовались выраженной конфликтностью во всех сферах (семейной, внесемейной, школьной и внутриличностной).

Таким образом, психологические особенности этих детей характеризуются преобладанием ипохондрического типа личности, наличием истероидного и смешанного с ним типов акцентуации характера. Высокий уровень посттравматических стрессовых расстройств у больных с ПГ свидетельствует о повышенной патогенности стрессовых воздействий и снижении устойчивости к ним. К формированию хронической психотравмирующей обстановки, нарастанию тревоги и напряженности приводят неудовлетворенность межличностными отношениями, конфликтность в разных сферах общения.

И все же лежащий в основе гипервентиляции патогенез на сегодня остается неясным, хотя количество гипотез продолжает увеличиваться.

Нужно заметить, что анамнез заболевания играет очень большое значение для установления диагноза ПГ и решения вопроса о форме ПГ. Для больных с острой ПГ характерна впервые вдруг возникшая выраженная тревога, сочетающаяся с учащенным, стридорозным дыханием, болями в груди, сердцебиением, карпопедальным спазмом, парестезиями, головокружением, общей слабостью и синкопами. Пациенты жалуются на чувство резкой нехватки воздуха. Обычно анамнестически легко установить предшествующую этому эмоционально-стрессовую ситуацию. Пациенты с хронической ПГ испытывают все те же симптомы, которые однако носят рецидивирующий характер и могут быть выражены не так драматически, как при острой ПГ. Наиболее часто больные испытывают эмоциональные, дыхательные и сердечно-сосудистые расстройства. Как для пациента, так и для врача на первом месте по значимости оказываются ощущения со стороны сердца. Что касается больных детского возраста, то даже при очевидных нарушениях дыхания, как родители, так и врачи обращают прежде всего внимание именно на сердечные жалобы.

1. Ведущим феноменом ПГ являются дыхательные нарушения – ощущение нехватки воздуха, затрудненное дыхание, чувство удушья, ощущение «непрохождения» воздуха в легкие, «остановки» дыхания, прерывистое, неравномерное, стридорозное дыхание, «першение» в горле, частая зевота. Характерны непереносимость душных помещений, обострение обоняния и желание постоянно дышать «свежим» воздухом. Все это особенно усиливается в ситуациях, способствующих тревоге – экзамены, высота, транспорт и т.д.

Объективно дыхание больных – частое и (или) глубокое, периодически наблюдаются вздохи, кашель, зевота (более стертые дыхательные проявления). Затруднена фаза вдоха, аускультация легких, как пра-

вило не выявляет никаких изменений. Достаточно общий для большинства пациентов с ПГ симптом болезненности грудной клетки не является патогномичным, так как может наблюдаться и при пневмонии, и пневмотораксе, и легочной эмболии, и коронарных синдромах и даже доброкачественных торакоабдоминальных опухолях

2. Кардиальные симптомы – боли в грудной клетке, связанные с ПГ, хоть иногда очень похожи на стенокардию, все же имеют атипичические черты.

- а) По продолжительности они чаще длятся часами, чем минутами. Боли чаще облегчаются нежели провоцируются физической нагрузкой. Препараты нитроглицерина обычно не приносят облегчения.
- б) Следует заподозрить ПГ у молодых пациентов и подростков при отсутствии в анамнезе кардиальных факторов риска, особенно если эти боли сочетаются с парестезиями и карпопедальным спазмом. Однако этот диагноз следует ставить с осторожностью, так как и у молодых людей причиной болей в груди могут быть другие потенциально опасные заболевания (например, легочная эмболия).
- в) ЭКГ изменения – общие для пациентов с ПГ и обычно включают в себя удлинённый интервал QT, уменьшение или увеличение ST и инверсию зубца T.
- г) У пациентов со стенозом коронарных артерий вызванный гипокарбией вазоспазм может стать причиной инфаркта миокарда.
- д) Отмечается высокая частота встречаемости ПГ у больных с пролапсом митрального клапана, боли в грудной клетке у этих больных могут быть именно за счет гипервентиляции.
- е) ПГ провоцирует коронарный ангиоспазм, однако появляющиеся при этом синдроме боли в груди обычно купируются нитратами или блокаторами кальциевых каналов.

3. Симптомы со стороны центральной нервной системы (ЦНС) :

- а) ЦНС-симптомы появляются потому, что гипокания снижает церебральный кровоток. Установлено, что церебральный кровоток снижается на 2% на каждый мм Hg снижения $p\text{CO}_2$.
- б) Симптомы головокружения, слабости, спутанности и возбуждения являются общими для ПГ.
- в) Пациенты могут говорить о чувстве деперсонализации и испытывать зрительные галлюцинации.
- г) Реже гипервентиляция провоцирует синкопы или припадки.
- д) Парестезии чаще наблюдаются в верхних конечностях и обычно двусторонние. Если парестезии односторонние, то в 80% случаев, они левосторонние.
- е) Околоротовое онемение довольно часто при ПГ. Сообщается о возможности вовлечения гипоксии ЦНС как причинного фактора тревоги при ПГ.

4. Гастроинтестинальные симптомы:

- а) Больные ощущают метеоризм, отрыжку, тяжесть в эпигастрии, что чаще всего является результатом аэрофагии.
- б) Жалобы на сухость во рту являются следствием ротового дыхания.

5. Метаболические изменения – считается, что они могут быть ответственны за тетанические симптомы:

- а) Острые метаболические изменения возникают в результате внутриклеточных изменений и повышенного белкового связывания различных электролитов на фоне респираторного алкалоза.
- б) Острая гипокальциемия приводит к карпопедальному спазму, мышечным подергиваниям, положительным симптомам Хвостека и Труссо и удлиненному интервалу QT.
- в) Гипокалиемия менее значима, но все же может быть причиной общей слабости.
- г) Острая гипофосфатемия наиболее часто встречается и может способствовать общей слабости, а также в сочетании со снижением ионизированного Са может приводить к карпопедальному спазму.
- д) Гипомагниемия – указывается рядом авторов как причинный фактор тетании, но все же специальных исследований роли уровня магния у больных с ПГ на сегодня не имеется.

В целом в литературе данные по биохимическим проявлениям тетанического симптомокомплекса довольно противоречивы и неоднозначны.

Диагноз. Постановка диагноза хронической ПГ довольно сложна ввиду многообразия и отсутствия четкости клинической картины. В ряде случаев больным выставляется по несколько ошибочных диагнозов, прежде чем будет установлена истинная причина. У 2/3 больных с хронической ПГ отмечается рецидивирующее снижение pCO_2 с компенсаторной экскрецией HCO_3 почками, что и объясняет приблизительно нормальные величины pH. Респираторный алкалоз может поддерживаться случайными произвольными глубокими вдохами, что очень характерно для пациентов с хронической ПГ. При встрече с дополнительными стрессорами, которые провоцируют гипервентиляцию, пациенты с ПГ оказываются более уязвимыми и готовыми к манифестации симптомов в силу меньших, чем у здоровых, физиологических резервов кислотного равновесия. Многие из этих пациентов страдают навязчиво-компульсивными расстройствами и имеют очень низкую адаптацию к стрессу. Таким образом, пациенты с хронической ПГ могут иметь все симптомы, которые виртуально имитируют любое серьезное органическое заболевание. Итак, диагноз ПГ ставится на основе тщательно собранного анамнеза, анализа клинической картины с исключением органических при-

чин ПГ, положительной гипервентиляционной пробы, капнографии (концентрация CO_2), исследований тетанических симптомов (электромиография). Провоцирование симптомов ПГ произвольной гипервентиляцией (так называемая гипервентиляционная проба) в течение 3–4 минут часто убеждает пациентов в наличии у них диагноза ПГ, но нужно иметь в виду, что иногда эта проба оказывается неэффективной.

Дифференциальная диагностика. Учитывая многообразие клинической картины, для постановки диагноза ПГ необходимо исключение следующих состояний:

- 1) острый респираторный дистресс-синдром,
- 2) бронхиальная астма,
- 3) атриальная фибрилляция,
- 4) кардиомиопатия (дилатационная, рестриктивная),
- 5) хроническая обструктивная легочная болезнь и эмфизема,
- 6) костохондрит,
- 7) диабетический кетоацидоз,
- 8) гипертиреозидизм,
- 9) метаболический ацидоз,
- 10) метгемоглобинемия,
- 11) инфаркт миокарда,
- 12) «панические атаки»,
- 13) плеврит,
- 14) бактериальная пневмония,
- 15) пневмоторакс (спонтанный, травматический),
- 16) легочная эмболия,
- 17) респираторный дистресс-синдром,
- 18) никотиновое отравление,
- 19) воздушная эмболия,
- 20) синдром отмены (медикаменты, наркотики),
- 21) дефицит аргининсукцинатсинтетазы,
- 22) гипофосфатемия,
- 23) гипокалиемия,
- 24) гипокальциемия,
- 25) непереносимость аспирина и других саллицилатов.

Очевидно, что каждое из вышеуказанных состояний имеет свои специфические клинические проявления и объективное подтверждение специальными методиками, которые должны проводиться в сомнительных случаях. Если это впервые выявленная ПГ, то чрезвычайно важна правильная диагностика и исключение серьезных органических причин. Особые затруднения постановка диагноза ПГ вызывает у пациентов, имеющих в анамнезе органические нарушения со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой системы, пожилых пациентов и в случае сочетания ПГ с тем или иным органическим заболеванием (особенно часто с бронхиальной астмой, легочной эмболией).

Лечение. Для успешного лечения требуется хорошее взаимодействие врача и пациента. Необходимо объяснить больному суть физиологических расстройств при данном синдроме, причины одышки, которая беспокоит и тревожит прежде всего.

Терапевтический подход имеет несколько стадий:

- 1) психологическая коррекция,
- 2) дыхательная гимнастика и
- 3) лекарственная терапия.

Доказано, что и дыхательная гимнастика, и психологическая коррекция, и антистрессовая терапия, и трициклические антидепрессанты – эффективны для снижения интенсивности и частоты эпизодов гипервентиляции. Если диагноз ПГ установлен, то пациентов следует направить к соответствующему специалисту для выполнения и корректировки этого лечения в течение длительного времени. В зависимости от степени тяжести проблемы выбирается та или иная тактика.

Психологическая коррекция – отмечено, что стоит исключить угрожающие жизни условия, и пациенту достаточно простого «ободрения», объяснения, как гипервентиляция вызывает все его симптомы, для того чтобы купировать нарксизм ПГ.

- 1) **Следует разрешить психологические истоки напряжения, которые вызывают гипервентиляцию и уменьшить уровень стресса**

Для этого используется психотерапия, аутогенная тренировка, трансцендентальная медитация. С помощью гипноза устраняется психическая травма, а релаксационная методика закрепляет полученный эффект. После обучения релаксационной методике любой взрослый, ребенок, подросток может самостоятельно регулярно заниматься в домашних условиях.

Первая часть упражнений – это серия действий, называемая мышечной релаксацией. Следует сосредоточиться последовательно на каждой мышечной группе. Вначале напрячь мышцы, а затем расслабить их.

Начинать следует с левой кисти, сжав ее в кулак. Затем расслабить кулак. Повторить это. То же – с правой кистью.

Следующая группа – мышцы предплечья и плеч. Вытянуть руки вперед, поднять их вверх над головой, стараясь достать потолок. Расслабить мышцы и вернуть руки в прежнее положение. Постарайтесь почувствовать напряжение, расслабление, чувство теплоты. Упражнение следует повторить.

Мышцы плеч и шеи. Потянуть плечи по направлению к ушам, а голову втянуть в плечи, делать это с напряжением, а затем расслабить мышцы. Повторить еще раз.

Нижняя челюсть. Сильно сожмите зубы. Пусть мышцы шеи помогают вам в этом. Затем расслабьте. Пусть нижняя челюсть отвисает. Повторите снова.

Мышцы лица и носа. С напряжением сморщите нос. Держите это напряжение столько, сколько сможете. А теперь расслабьте. Отметьте, когда вы делаете это. Ваши щеки, рот, лоб, помогают вам. Наморщите лоб с напряжением. Затем расслабьте. Сделайте ваше лицо гладким. Нигде нет морщин. Почувствуйте ваше лицо расслабленным и прекрасным.

Мышцы живота. Напрягите мышцы живота. Расслабьте. Повторите несколько раз. Заметьте разницу между напряжением и расслаблением мышц живота. Втяните живот внутрь к позвоночнику. Теперь расслабьте. Повторите несколько раз.

Мышцы ног и стоп. Надавите пальцами стоп на пол с напряжением. А затем расслабьте. Повторите несколько раз.

Вторая часть упражнений связана с дыханием. Глубоко вдохнуть через нос, поместив ладонь на солнечное сплетение. Пусть живот слегка выпятится. Свободно выдохнуть ртом, при этом плечи и нижняя челюсть слегка опустятся.

Следует объединить мышечную релаксацию с брюшным дыханием. Чтобы совместить эти два упражнения, следует напрягать и расслаблять мышцы в ритме вдохов и выдохов. Напряжение – вдох, расслабление – выдох.

Третьим элементом упражнений является психическая тренировка – визуализация. Делая вдохи и выдохи, напрягая и расслабляя мышцы, следует призвать на помощь свое воображение. Нужно мысленно «видеть» различные части своего тела во время вдоха и напряжения, выдоха и расслабления.

Одним из элементов психической тренировки является визуализация. Делая вдохи и выдохи, напрягая и расслабляя мышцы, следует призвать на помощь воображение.

2) Дыхательная гимнастика

Большинство пациентов с ПГ дышат верхней частью грудной клетки и имеют переполненные легкие в течение всего цикла дыхания – из-за того, что остаточный объем легких высокий, у пациентов не происходит максимального обмена воздуха за одно дыхание и они испытывают одышку. Поэтому одним из важных моментов лечения является обучение правильному дыханию. Больной должен говорить медленно, делая паузы, стараясь сдерживать дыхание во время разговора. Обучение правильному дыханию заключается в следующем: больной должен медленно и спокойно дышать, положив одну руку на верхнюю часть грудной клетки, а другую на эпигастральную область. Надо следить, чтобы при влдохе нижняя часть живота поднималась (обычно у больного грудной тип дыхания). Постепенно паузу после выдоха следует увеличивать и чис-

ло дыхательных движений уменьшить до 8 в минуту. Следует повторять такие упражнения самостоятельно несколько раз в день. Обучение пациентов дышать животом, используя диафрагму, часто приводит к улучшению субъективной одышки и в конечном счете нивелирует связанные симптомы.

Проводят так называемую провокационную гипервентиляционную пробу: предлагают глубоко и часто дышать в течение 1–2 минут, а затем к 5–7 минуте восстановить число дыханий до нормы.

В ряде случаев для лечения ПГ используют специальные аппараты биологической обратной связи. Больной, наблюдая за показаниями аппарата, сам оценивает структуру дыхания и число дыханий. Регулируя свое дыхание, больной добивается заданных врачом параметров.

3) Лекарственная терапия

Бензодиазепины – эффективны при выраженном компоненте тревоги у больных с ПГ. Как оказалось, бензодиазепины связываясь со специфическими рецепторами усиливают действие гамма-аминобутирата и облегчают его нейротрансмиссию.

а) *Альпразолам (Ксанакс)* – применяется для лечения тревоги. Доза для взрослых – 0,5–4 мг/день средняя доза; педиатрическая доза – не установлена. Противопоказания – гиперчувствительность, дыхательная недостаточность, закрытоугольная глаукома, артериальная гипотензия. Взаимодействие с другими препаратами – карбамазепин и дисульфирам снижают эффективность; токсичность повышается при сочетании с циметидином, контрацептивами, препаратами лития и депрессантами ЦНС (включая алкоголь). Небезопасен при беременности. Осложнения: синдром отмены.

б) *Лоразепам (Ативан)* – седативный гипнотик, который имеет короткое время действия и относительно большой период полувыведения. Повышая активность гамма-аминобутирата может снижать все уровни ЦНС, включая лимбическую и ретикулярную формацию. Доза для взрослых – 1–10 мг/день, педиатрическая доза – 0,05 мг/кг. Противопоказания – гиперчувствительность, депрессивные состояния, артериальная гипотензия и закрытоугольная глаукома. Взаимодействия – токсичность повышается при совместном применении с барбитуратами, фенотиазинами, ингибиторами МАО, алкоголем. Небезопасен при беременности. С осторожностью нужно применять при почечной и печеночной недостаточности, миастении, органическом поражении мозга, болезни Паркинсона.

Ингибиторы обратного захвата серотонина – эффективны при ПГ, связанной с тревогой.

а) *Пароксетин (Паксил)* – сильнодействующий ингибитор селективного действия. Оказывает слабое влияние на обратный захват норадреналина и дофамина. Доза для взрослых – 40 мг/сут., педиатрическая доза не установлена. Противопоказания – гиперчувствительность, совместное назначение с ингибиторами МАО. Взаимодействия – фенобарбитал и фенитоин снижают эффект пароксетина; токсичность

повышается при сочетании с циметидином, сертралином, фенотиазинами и алкоголем. При беременности – ограниченное применение. С осторожностью применяется при болезнях почек, сердца, эпилепсии. Трициклические антидепрессанты – эти средства применяются как в связи с их антидепрессивным, так и анксиолитическим эффектом. Действие достигается через центральное и периферическое антихолинэргическое влияние и через захват серотонина и норэпинефрина.

а) *Доксепин (Силекван)* – повышает концентрацию серотонина и норэпинефрина в ЦНС через ингибирование обратного захвата пресинаптической мембраной. Именно эти эффекты снижают симптомы тревоги. Доза для взрослых – 30–150 мг/сут. У детей до 12 лет – не рекомендуется, после 12 лет – 25–50 мг/сут с повышением до 100 мг/сут в соответствии с возрастом. Противопоказания – гиперчувствительность, задержка мочи, постинфарктное состояние, глаукома.

Взаимодействие – снижает антигипертензивное действие клонидина и усиливает действие симпатомиметиков и бензодиазепинов, эффект повышается с фенитоином, карбамазепином и барбитуратами. Безопасность применения при беременности не установлена. Терапия должна быть прекращена при нейтропении. Требуется контроль за ЭКГ, наблюдение за больными с кардиоваскулярной патологией и пожилыми пациентами.

При выборе медикаментозной тактики лечения больных с ПГ вышеуказанные препараты должны назначаться курсом под контролем врача, эпизодические, разовые приемы – исключены. Некоторыми исследователями рекомендуется также антистатическое лечение (витамины D₂, D₃, препараты Ca, Mg), хотя общепризнанного мнения по этому вопросу не существует.

Больные с ПГ должны наблюдаться педиатром (терапевтом), психотерапевтом, психологом. В стационарном лечении, как правило, не нуждаются.

Осложнения могут быть связаны с инвазивными методами обследования, например легких (ангиография) при проведении дифференциальной диагностики, а также с косвенными осложнениями ПГ (например, в случае падения в обморок).

Прогноз: больные с ПГ страдают этим в течение всей своей жизни, излечения не происходит, течение заболевания – рецидивирующее. У детей с ПГ симптоматика чаще всего, по литературным данным, переходит во взрослое состояние. Многие больные имеют сочетанные с ПГ расстройства (например, агорафобия), что может доминировать в клинической картине. Лечение этих лежащих в основе нарушений оказывает влияние и на течение ПГ. У больных, которые своевременно и правильно диагностированы и получают адекватное лечение с помощью дыхательной гимнастики, антистрессовой терапии и различных медикаментов, наблюдается значительное сокращение частоты и тяжести пароксизмов.

ДЛИТЕЛЬНЫЙ СУБФЕБРИЛИТЕТ У ДЕТЕЙ

Повышенная температура тела – тревожный сигнал для родителей, свидетельствующий о том, что ребенок болен. Это наиболее частый симптом, заставляющий родителей обращаться за медицинской помощью, вызывающий беспокойство и чувство страха. В зарубежной литературе даже используется термин «фобия лихорадки».

Среди заболеваний клинической термомпатологии одним из ведущих является длительный субфебрилитет, имеющий самостоятельное значение.

Бывает так, что ребенок переболевает острым респираторным заболеванием с высокой температурой и через две недели исчезают насморк, покраснение горла, кашель, а небольшое повышение температуры тела в пределах $37,2-37,5\text{ }^{\circ}\text{C}$ остается. Ребенок продолжает жаловаться на повышенную утомляемость, на головные боли по вечерам, повышенную потливость. Как обычно поступают родители – они продолжают измерять температуру, надеясь на ее нормализацию. Но увы, температура продолжает оставаться повышенной, приходится вновь обращаться к педиатру.

Длительный субфебрилитет – это повышение температуры тела в пределах $37,1-38\text{ }^{\circ}\text{C}$, длящееся более 3 недель – в течение нескольких месяцев, лет и даже всю жизнь. Он может быть симптомом различных заболеваний, таких как ревматизм, тиреотоксикоз, туберкулез и другие, так и иметь самостоятельное значение.

Вопрос о длительном субфебрилитете имеет большую историю. Особое место в ней принадлежит терапевту Б.А.Черногубову, который в 1934 году писал: «невозможно найти какое-либо другое заболевание, кроме состояния, сопровождающегося затяжной субфебрильной температурой, которое, достаточно часто встречаясь, имело столь много точек зрения в отношении своего характера».

В 1930–1936 годах Б.А.Черногубов и его сотрудники наблюдали четыре тысячи больных с длительным субфебрилитетом и пришли к выводу, что его происхождение в большинстве случаев связано с нарушением центральной нервной систем. По их данным приблизительно в 90% случаев длительный субфебрилитет был неинфекционного происхождения. Черногубов предсказал правильный механизм повышения температуры:

сдвиг регулирования теплообмена. Такую своеобразную лихорадку Черногубов выделил как особый термоневроз, который поражает нервную систему после перенесенной инфекции (он называл ее постинфекционной температурой инерции), либо в результате физической или психической травмы, общего перенапряжения, переутомления. Эту форму он называл «неврогенной гипертермией».

Концепция автора основывалась только на клинических данных, наблюдениях за больными и носила скорее интуитивный характер, потому что не подкреплялась данными по физиологии, патофизиологии, вирусологии, иммунологии и других дисциплин, так как уровень науки не позволял тогда это сделать. Но сегодня многие его выводы подтверждаются современными исследованиями.

Проблема длительного субфебрилитета у детей, имеющего самостоятельное значение, продолжает оставаться весьма актуальной до настоящего времени. Это довольно распространенное заболевание. Оно наблюдается во всех возрастных периодах начиная с грудного, но до настоящего времени объективных сведений об их распространенности явно недостаточно.

Проведенное в последние годы эпидемиологическое исследование позволило установить, что распространенность длительного субфебрилитета среди детей школьного возраста достигает 20% случаев. В ряде случаев положение бывает настолько серьезно, что приводит к социальной дезадаптации (ребенок не может посещать школу, проводятся занятия на дому).

Среди взрослых людей заболевание встречается у женщин в 3 раза чаще, чем среди мужчин и ник его частоты приходится на возраст от 20 до 40 лет. Считают, что в последние годы наблюдается увеличение частоты длительного субфебрилитета, как среди взрослого, так и детского населения.

В существующих классификациях заболеваний длительный субфебрилитет как отдельная самостоятельная форма нарушения терморегуляции не выделяется, и в учебниках субфебрилитет продолжает рассматриваться лишь как «ослабленная лихорадка», а в зарубежной литературе распространен термин «псевдолихорадка», хотя в последние годы клиницистами доказано, что длительный субфебрилитет, имеющий самостоятельное значение, не является лихорадкой, а трактуется как гипертермия непирогенного происхождения.

Критериями длительного субфебрилитета, имеющего самостоятельное значение, являются: – повышение температуры тела в пределах 37,1 – 38,0 °С в течение 3-х недель и более, отсутствие отклонений при тщательном всестороннем клиническом и лабораторно-инструментальном

обследовании, – отсутствие дефицита массы тела, – диссоциация между температурой тела и частотой сердечных сокращений, – отрицательная проба с парацетамолом.

Для дифференциальной диагностики инфекционного и неинфекционного повышения температуры тела используются разработанные нами тесты термопульсометрии и парацетамоловый тест, которые позволяют с достоверностью установить инфекционную гипертермию, проявляющуюся как симптом различных заболеваний, или неинфекционную гипертермию.

При инфекционных гипертермиях и в неясных случаях после проведения термопульсометрии и парацетамолового теста проводится обследование по следующему плану:

- общий анализ крови и толстую каплю на наличие плазмодиев малярии;
- биохимический анализ крови – протеинограмма;
- С-реактивный белок;
- бактериальный посев крови двукратно;
- анализ крови на ВИЧ-антитела;
- общий анализ мочи;
- анализ мочи по Каковскому–Аддису или по Нечипоренко;
- анализ кала на яйца глистов;
- ЭКГ;
- ЭХО-КГ;
- УЗИ-исследование придаточных пазух носа;
- УЗИ-исследование органов брюшной полости, почек;
- рентгенография грудной клетки;
- реакция Манту.

По показаниям детям исследуется клеточный и гуморальный иммунитет, анализ крови на HBS – антиген, кровь на йерсиниоз, печеночные пробы, посев мочи на стерильность, проба Зимницкого, краниография, РЭГ, ЭЭГ, Эхо-ЭГ, УЗИ щитовидной железы, глазное дно. Все больные должны осматриваться ЛОР-врачом, по показаниям врачами – специалистами узкого профиля.

Нами разработана классификация длительных субфебрилитетов у детей, составленная на основе патофизиологического повышения температуры тела. Длительный субфебрилитет разделяется на две большие группы: гипертермии непирогенного происхождения, имеющие самостоятельное значение, и гипертермии пирогенного происхождения, не имеющие самостоятельного значения, а являющиеся симптомом каких-либо заболеваний.

КЛАССИФИКАЦИЯ ДЛИТЕЛЬНЫХ СУБФЕБРИЛИТЕТОВ У ДЕТЕЙ

Этиология	Отношение к основному заболеванию	Характер основного заболевания	Патофизиологическая основа повышения температуры
Гипертермия непирогенного происхождения	Имеет самостоятельное значение	1. ДС с наличием латентных очагов инфекции (хронический тонзиллит, хронический холецистит и др.).	Смещение уровня регулирования теплообмена. Снижена теплоотдача. Нормальная теплопродукция (по данным непрямой калометрии).
	Не имеет самостоятельного значения	2. ДС без латентных очагов инфекции. Субфебрилитет при различных заболеваниях и состояниях: эндокотные заболевания (тиреотоксикоз, феохромоцитомы и др., отравления салицилатами, злокачественная гипертермия, эктодермальная дисплазия, ожоги и др.).	Теплопродукция повышена. Теплоотдача повышена. Теплопродукция превышает теплоотдачу. Дефект потери тепла при нормальной теплопродукции.
Гипертермия пирогенного происхождения.	Не имеет самостоятельного значения.	1. Инфекционно-аллергические заболевания: коллагенозы, туберкулез, бруцеллез. 2. Аллергические заболевания. 3. Заболевания системы крови (лейкоз и др.). 4. Злокачественные новообразования. 5. Другие заболевания.	Причина повышения гипоталамической установочной точки эндогенный пироген. Снижена теплоотдача. Теплопродукция не ясна.

В международной классификации заболеваний длительный субфебрилитет отсутствует. Его появление зависит от накопления и подтверждения фактов в международном масштабе, но пока приоритетность в разработке проблемы длительного субфебрилитета принадлежит нашей стране.

До настоящего времени возникают трудности с оформлением диагноза. В периодической медицинской литературе существуют разные определения заболевания – «термоневроз», «вегетоневроз», «нарушение терморегуляции центрального происхождения», «длительный субфебрилитет» и др. Хотя последнее название наиболее укоренилось в медицинской практике, но справедливости ради следует сказать, что оно не соответствует сущности заболевания, так как по латыни «febris» означает «лихорадка».

Проведенные ранее нами в клинических условиях исследования с применением биохимических, иммунологических, вирусологических и других методов позволили нам выдвинуть мнение о том, что длительный субфебрилитет в патофизиологическом отношении не является лихорадочной реакцией, а представляет собой гипертермию – аналог лихорадки наряду с ее другими аналогами (гормональной гипертермией, гипертермией при физической нагрузке и др.).

Одним из аргументов в пользу данного утверждения является также анализ влияния жаропонижающих средств на температуру тела у детей с длительным субфебрилитетом (отсутствие жаропонижающего эффекта) и современных знаний о механизме жаропонижающих средств при повышенной температуре различного генеза (жаропонижающее действие проявляется только при наличии пирогенных субстанций).

Механизм жаропонижающего действия антипиретиков выражается в воздействии этих препаратов на лейкоцитарный пироген либо медиаторы пирогена, которые вызывают лихорадку действием на преоптическое область гипоталамуса путем повышения установочной точки (setpoint) с последующим сужением кожных сосудов – сниженной потерей тепла, ознобом и т. д. В то же время известно, что жаропонижающие средства не оказывают влияния на повышенную температуру тела иного генеза, нежели лихорадка (где для ее запуска требуется наличие в крови повышенного уровня интерлейкина-1). Например, при рабочей гипертермии, повышенной температуре, связанной с высокой температурой окружающей среды, т. е. в случаях, когда в крови отсутствуют изменения уровня интерлейкина-1. Эти данные позволили предположить, что в крови у детей с длительным субфебрилитетом отсутствует пирогенная субстанция, так как действие жаропонижающих средств проявляется в том случае, если имеется инфекционное повышение температуры. На этом основаны аспириновый и парацетамоловый тесты.

В экспериментальных условиях подтверждено, что поддержание субфебрильной температуры тела связано прежде всего с угнетением теплоотдачи, а не с увеличением теплообразования и согласуется с результатами исследований, проведенных клиницистами.

В 1995 году И.Н.Семененя и В.Н.Гурин на экспериментальной модели инфекционного субфебрилитета у животных выявили увеличение содержания в крови прогестерона, обладающего пирогенной активностью. Так как у детей такие данные отсутствовали, нами (И.П.Брызгунов, Е.Н.Арсеньева, В.Г.Пинелис) были изучены изменения содержания прогестерона, а также кортизола и гормонов щитовидной железы (тиреотропный гормон, тироксит и трийодтиронин) в крови у детей с длительным субфебрилитетом.

Полученные данные свидетельствуют о том, что достоверных различий в уровне прогестерона относительно данных, полученных у детей контрольной группы выявлено не было, что подтверждает наше предположение об отсутствии в крови пирогенных субстанций у детей с длительным субфебрилитетом.

Учитывая то, что при длительном субфебрилитете мы имеем проявление физического стресса, можно предположить участие в этом процессе гормонов коры надпочечников (кортизола). Ранее мы провели изучение системы гипофиз – кора надпочечников у этих детей и выявили, что содержание в крови 11-оксикортикостероидов было увеличено. В настоящем исследовании было выявлено увеличение содержания кортизола, проба на АКТГ указывала на снижение резервных возможностей коры надпочечников.

При изучении изменений в системе гипоталамус – гипофиз – щитовидная железа было выявлено отсутствие увеличения содержания тироксина у детей с длительным субфебрилитетом, что согласуется с полученными нами ранее данными непрямой калометрии о состоянии теплопродукции у детей с длительным субфебрилитетом.

Ранее наши исследования состояния теплообмена у детей с длительным субфебрилитетом выявили снижение теплоотдачи, о которой мы судили по данным радиационно-конвективных теплопотерь, непрерывной термографии кожной температуры (при нормальной теплопродукции в условиях основного обмена – по данным непрямой калометрии). При этом была выявлена неизменная по сравнению с контролем реактивность механизма химической теплорегуляции в ответ на дозированную мышечную нагрузку. Исследование рефлекса Щербака у детей с длительным субфебрилитетом подтвердило несостоятельность физической теплорегуляции.

Как известно, областью интеграции адаптационных и приспособительных реакций, обеспечивающих сохранение постоянства внутрен-

ней среды (гомеостаз) является гипоталамус. Функциональные изменения в нем могут быть причиной нарушения способности осуществлять интегративную, гомеостатическую, в том числе и температурную, регуляцию физиологических взаимоотношений в организме. Можно предположить, что обнаруженное нами снижение уровня тиреотропного гормона у детей с длительным субфебрилитетом как раз и является следствием патологических изменений в гипоталамусе, в результате чего снижается секреция тиролиберина. Это может вести к снижению содержания тиреотропного гормона и развитию транзиторного гипотиреоза, что и было обнаружено в наших исследованиях.

Однотипные особенности изменений гормонального профиля у детей с длительным субфебрилитетом наблюдались также и у молодых спортсменов с физической перегрузкой (перетренированостью). И как следствие у них, так же как у детей с субфебрилитетом, отмечалось снижение иммунитета, что приводило к частым острым респираторным заболеваниям. По нашим данным, у детей с длительным субфебрилитетом регистрировали эту патологию в 90% случаев. Это следует учитывать при разработке оптимальной программы двигательной активности у детей с субфебрилитетом.

Если раньше с точки зрения клинико-психопатологической характеристики больных с длительным субфебрилитетом, имеющим самостоятельное значение, мы считали, что в большинстве случаев субфебрилитет относится к неспецифическим моносимптомным системным невротическим расстройствам, то в последние годы после проведения углубленных психологических исследований мы изменили эту точку зрения.

При обобщении проведенного нами анализа психологических особенностей детей с длительным субфебрилитетом выявляются следующие отклонения в их психологическом статусе. Анализ результатов психологического тестирования выявил следующее: посттравматическое стрессовое расстройство выявлено почти у половины больных (44,3%). При этом у детей до 12 лет оно встречалось чаще, чем у подростков, а у девочек – несколько чаще, чем у мальчиков. Наиболее травмирующими для детей конфликты в их семьях: так, из-за неблагополучия в семье посттравматическое стрессовое расстройство наблюдалось в 75% случаев (из-за других событий – учебных неудач, ссор с одноклассниками, гибели любимого животного и т. д. – не более чем в 50%). Диссоциация как маркер перенесенной психической травмы была установлена в 29% случаев. Все это свидетельствует о значительной роли психического стресса в происхождении длительного субфебрилитета у детей и подростков.

В то же время прослеживается четкая связь между появлением субфебрилитета и перенесенной острой респираторной вирусной инфек-

цией, детскими инфекциями, обострениями хронического тонзиллита, черепно-мозговой травмой (приблизительно у двух третьих больных в одной трети случаев субфебрилитет появлялся без видимой причины). Этот факт был зафиксирован и 20 лет назад.

Можно предположить, что причиной субфебрилитета может быть не один фактор, а сочетание двух факторов: психического и биологического.

Психологические особенности детей характеризовались преобладанием интровертированного и тревожного типов личности, высоким уровнем нервного напряжения, раздражительностью, высокой активностью, подчас агрессивностью, циклоидными колебаниями настроения, неустойчивостью поведенческих реакций, наличием эпилептоидного, астено-невротического и лабильного типов акцентуации характера. При наличии явных депрессивных тенденций состояние депрессии не выявлялось. Мотивационная сфера – очень напряженная. Дети или слишком стремятся к успеху (особенно мальчики), или – в основном девочки – стремятся к «избеганию неудач». Повысить уровень своих достижений в учебе больше стремятся дети младшего возраста. Подростки ориентированы в основном на общение и удовлетворение разнообразных интересов.

Особенности воспитания и взаимодействия в семьях детей с длительным субфебрилитетом свидетельствует о гиперопеке, являются дисгармоничными и нуждаются в коррекции.

Выявленные психологические особенности обуславливают расширение круга и повышение патогенности стрессовых воздействий, снижение устойчивости к ним. Неудовлетворенность межличностными отношениями, конфликтность в различных сферах общения приводят к формированию хронической психотравмирующей обстановки, нарастанию тревоги и напряженности. Это обосновывает необходимость использования в комплексе лечебных мероприятий психокоррекции и психотерапии, направленных на улучшение социальной адаптации.

Из психологических тестов мы рекомендуем: опросники на диссоциацию, на посттравматическое стрессовое расстройство, СМОЛ, личностный опросник Р.Кеттела (детский и подростковый варианты), «Шкалу явной тревожности для детей 8–12 лет», патохарактерологический опросник (ПДО) А.Е.Личко для подростков, тест межличностных отношений Е.А.Джагинова, опросник для анализа семейного воспитания и причин его нарушения.

Лечение длительного субфебрилитета должно быть комплексным и должно быть направлено:

- 1) на нормализацию нарушенного теплообмена;
- 2) санацию латентных очагов хронической инфекции;

- 3) лечение астено-невротического синдрома;
- 4) коррекцию выявленных изменений психологического статуса.

Для нормализации нарушенного теплообмена для детей старшего возраста используются: гипнотерапия, иглорефлексотерапия, препараты брома (бромистый натрий), которые целенаправленно нормализуют терморегуляцию.

При выявлении у больных с длительным субфебрилитетом латентных воспалительных очагов хронической инфекции (в 60% случаев) они должны лечиться по общепринятым правилам.

Достоверное различие в пользу большей частоты нормализации температуры тела у детей с длительным субфебрилитетом без воспалительных очагов инфекции при сравнении с группой детей с субфебрилитетом и воспалительными очагами демонстрирует роль последних как поддерживающего фактора в сохранении нарушенного теплообмена.

В зависимости от выявленного очага инфекции используется медикаментозная терапия в сочетании с физиотерапией. При хроническом тонзиллите применяется промывание лакун миндалин раствором фурацилина и прополисом (курс – 5–6 промываний), затем ультразвук на проекцию небных миндалин (10 процедур), в последнее время применяется лазерное лечение инфракрасным светом.

В настоящее время оториноларингологи отошли от тонзилэктомии при длительном субфебрилитете, так как в 45% случаев нормализации температуры не достигается.

Односторонний подход к лечению только латентного очага или только нарушенного теплообмена в большинстве случаев не дает эффекта. Бывает так, что ЛОР-специалист промывает миндалины неделю, две, три, а у ребенка температура не снижается.

При лечении астено-невротического синдрома в первую очередь необходимо организовать правильный режим дня, ребенок должен не менее 2 часов находиться на свежем воздухе. Также широко применяется ЛФК, массаж воротниковой зоны, физиотерапия, растительные адаптогены.

При наличии очага инфекции в желчевыводящих путях применяются различные желчегонные препараты.

Некоторые родители проявляют самостоятельность в лечении и дают ребенку жаропонижающие средства. Но в случаях длительного субфебрилитета, имеющего самостоятельное значение, такое лечение бессмысленно и не приносит ничего кроме вреда.

Режим дня не должен отличаться от режима здорового ребенка (прогулки, полноценный и достаточный сон, регулярное питание). Посещение школы не отменяется. Но педагогам следует знать, что такой ребе-

нок может быстрее уставать, может жаловаться на головные боли, особенно к концу школьных занятий.

Не рекомендуется освобождать больных от физкультурных занятий, в том числе и дома. Исключение составляют спортивные соревнования, командные игры, где имеется возможность перенапряжения гомеостатических механизмов организма, в том числе и системы теплообмена. Такие дети должны освобождаться от сдачи спортивных нормативов. Рекомендуется проведение летнего и зимнего туризма, дозированного бега «трусцой», лечебного плавания (после заключения кардиолога).

Комфортные температурные условия способствуют нормализации температуры тела у больных длительным субфебрилитетом. Холодовой и тепловой дискомфорт не способствует нормализации температуры тела. Это подтверждается и сезонными проявлениями субфебрилитета – в летние месяцы температура тела у детей нормализуется.

Зона теплового комфорта у больных субфебрилитетом находится в пределах 22–23 °С, зона умеренного напряжения терморегуляции – при 21 и 24 °С.

Лечить детей с длительным субфебрилитетом, имеющим самостоятельное значение, следует обязательно. Тактика «нейтрального» отношения в корне неверна, так как помимо субъективных жалоб (головная боль, повышенная слабость, утомляемость и т. д.), нарушения температурного гомеостаза сопровождаются нарушениями в гипофизарно-надпочечниковой системе, в системе иммунитета и др., вследствие чего дети часто болеют острыми респираторными заболеваниями.

Если ребенку после обследования поставлен диагноз «длительный субфебрилитет, имеющий самостоятельное значение», то дома во время курса лечения измерять температуру тела не надо. Измерение температуры следует провести перед контрольным посещением врача.

Дети с длительным субфебрилитетом, имеющим самостоятельное значение, не должны освобождаться от профилактических прививок.

Клиническое и экспериментальное изучение длительного субфебрилитета позволило обосновать с позиций теории системной организации функций в норме и при патологии правомочность выделения субфебрилитета как самостоятельной формы нарушения терморегуляции, отличающейся по ключевым критериям от лихорадки.

НОЧНОЙ ЭНУРЕЗ

Ночной энурез – это непроизвольное мочеиспускание ребенка ночью в постель в возрасте, в котором ожидается достижение контроля за функциями мочевого пузыря.

Следует отметить, что название заболевания не соответствует своей сущности, так как ребенок может помочиться в постель во время дневного сна. Поэтому более правильное название – «сонный энурез». Но так как первое название заболевания уже прочно укоренилось в медицинской среде, то оно остается и по сей день. Различным аспектам ночного энуреза посвящено множество исследований.

Распространенность ночного энуреза довольно высока – в возрасте от 4 до 15 лет, по данным разных авторов, она колеблется от 2,3 до 30%. В возрасте 5 лет ночной энурез наблюдается у 15–20%, к моменту поступления в школу у 7–12% детей. По другим данным постоянный ночной энурез сохраняется у 50% больных старшего возраста, по сравнению с 80% младшего возраста, что указывает на склонность заболевания к рецидиву.

Нами были проведены эпидемиологические исследования среди детей школьного возраста, и было установлено, что ночным энурезом страдают 12% детей. У взрослых частота ночного энуреза составляет 1–1,5%. У мальчиков ночной энурез встречается чаще, чем у девочек – соответственно 60 и 40%. По другим данным у мальчиков в 1,5–2 раза чаще, чем у девочек.

Ночной энурез представляет собой сложную психосоциальную проблему не только для детей, но и их родителей и их окружения. Заболевание не причиняет ребенку физических страданий, не угрожает инвалидностью или летальным исходом. Энурез отражается на характерологических особенностях ребенка и его социальной адаптации и часто является психологическим дистрессом, как для детей, так и родителей. Отражается на развитии ребенка, расстраивает различные функции организма, в частности имеются данные, что у части мальчиков, страдавших ночным энурезом, в дальнейшем страдает половая функция в сторону ее снижения. Характерологические особенности ребенка, возникшие под влиянием болезни (отчужденность, малоконтактность, скрытность и агрессивность и др.) могут сохраняться в течение последующей жизни.

Проведенные нами психологические исследования (тест ММРІ – адаптированный СМОЛ, опросник на диссоциацию, посттравматическое стрессовое расстройство, личностный опросник Р. Кеттела в детском и подростковом вариантах, патохарактерологический опросник А. Личко, «Шкалы явной тревожности» для детей 8–12 лет) выявили, что у детей с ночным энурезом в 43% случаев наблюдается посттравматическое стрессовое расстройство, а маркер психической травмы в анамнезе – диссоциация – у одной трети больных.

У детей с ночным энурезом наблюдались чрезмерные реакции на жизненные ситуации, повышенная тревожность и нервная возбудимость. Подростки с ночным энурезом акцентуированы, причем ведущим является эпилептоидный тип акцентуации, кроме того, отмечаются лабильный, психастенический и смешанные с ними типы акцентуации.

При изучении психологических взаимоотношений в системе мать–ребенок при ночном энурезе у детей нами было установлено, что личностные особенности матерей, стиль семейного воспитания влияют на формирование определенных личностных черт ребенка (это следует учитывать при проведении терапии ночного энуреза). Но и характер, тяжесть заболевания ребенка ночным энурезом так же формируют у матерей определенные родительские отношения, которые нуждаются в психологической коррекции.

Нижняя возрастная граница, которая позволяет поставить диагноз ночной энурез, еще четко не определена, но считается, что диагностировать заболевание можно с 5-летнего возраста.

Течение ночного энуреза может быть различным: некоторые больные мочатся произвольно в постель каждую ночь в течение многих лет, у других наблюдаются ремиссии продолжительностью от нескольких недель до 2–3 месяцев и более. Периоды улучшения могут быть связаны с лечением, каникулами, теплым временем года, а в ряде случаев – без заметных причин. Провоцирующими моментами рецидивов считают конфликтные ситуации, глистную инвазию, соматические заболевания, оперативное вмешательство, переохлаждение и др.

Классификация. Ночной энурез принято разделять на первичный (по другим авторам – неврозоподобная форма) и вторичный (невротическая форма), в зависимости от времени появления заболевания. При первичном ночном энурезе ребенок не имеет длительных (3–6 месяцев) периодов, когда бы он просыпался сухим. При вторичном ночном энурезе наблюдается «сухой» период 3–6 месяцев. Первичный ночной энурез встречается чаще – в 80% случаев, а вторичный – в 20%. Причем частота вторичного ночного энуреза увеличивается с возрастом детей и к двенадцати годам составляет около половины всех случаев заболевания.

Вторичный ночной энурез возникает вследствие психических травм: отделение ребенка от семьи, рождение брата или сестры, которым уделяется больше внимания, переезд на новую квартиру, семейные конфликты, пьянство родителей, неполная семья, и др.

Заболевание может протекать в легкой, средней и тяжелой форме.

ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ НОЧНОГО ЭНУРЕЗА

Существует несколько гипотез о причинах первичного ночного энуреза.

1. Семейная предрасположенность

Риск возникновения ночного энуреза у ребенка составляет 77%, если энурез наблюдается у обоих родителей; 44% – если страдал один из родителей и 15% – если энуреза не было ни у одного из них.

2. Нарушение сна

Некоторые считают глубокий сон ребенка главной причиной ночного энуреза. Но данные ЭЭГ показали, что не имеется значительной корреляции между глубиной сна и эпизодами энуреза.

Первичный ночной энурез может появиться в любое время ночи, независимо от стадии сна, но наблюдается несколько чаще в течение первых 3–4 часов после засыпания, т. е. в то время, когда ночная продукция мочи является максимальной. Поэтому терапия, воздействующая на глубину сна у детей при первичном ночном энурезе по мнению ряда авторов не обоснована.

3. Дисфункция мочевого пузыря

В ряде работ показано, что у 30–90% больных с энурезом наблюдается сниженная функция или нестабильность мочевого пузыря. Однако у многих из этих больных было и дневное недержание мочи или аномалии (нейрогенный пузырь и др.), что не соответствует диагнозу моносимптоматического первичного энуреза у детей.

4. Урологические нарушения

Считают, что ночной энурез нередко сопровождают заболевания и аномалии строения органов системы мочевыделения, выступая в роли основного или сопутствующего симптома.

Однако наши данные не подтверждают этого. При обследовании более 400 детей с урологическими заболеваниями ночной энурез был выявлен только у 2,9% детей. Приблизительно такая же цифра была и в контрольной группе детей без урологической патологии.

С органическими поражениями мочеполювого аппарата, в частности, с нарушениями шейки мочевого пузыря, уретры, нарушенной проводимостью мочевых путей, обычно связан дневной энурез.

5. Среднесуточное нарушение ренального выделения воды

Среднесуточный дефект ренальной экскреции воды является научно доказанной патофизиологической аномалией, которая характерна для многих больных с первичным ночным энурезом, однако должны быть получены подтверждающие данные.

6. Действие психогенных факторов и стресса

Социально-психологические факторы (стрессовые ситуации в семье и др.), по мнению ряда авторов, могут способствовать появлению энуреза. По нашим данным роль психогенных факторов (наличие посттравматического стрессового расстройства почти у половины детей и подростков, диссоциации – маркера перенесенной психогенной травмы у одной трети) играет значительную роль в происхождении заболевания.

Также существуют данные, что возраст достижения первичного ночного контроля мочеиспускания определяют скорее биологические показатели, такие как семейный энурез или задержка умственного развития ребенка в первые годы жизни. Можно говорить о полиэтиологичности ночного энуреза и трудностях определения вклада того или иного фактора в развитии заболевания.

По МКБ-10 рекомендуются следующие диагностические критерии энуреза:

- хронологический и умственный возраст ребенка составляет не менее 5 лет,
- частота непроизвольного или преднамеренного испускания мочи в кровати или одежде не реже 2-х раз в месяц у детей в возрасте до 7 лет, и не реже 1 раза в месяц у детей в возрасте 7 лет и старше.
- отсутствие анатомических аномалий мочевыделительных путей, эпилептических припадков, других неврологических расстройств или психических заболеваний,
- отсутствие психических расстройств, которые отвечали бы другим категориям МКБ-10,
- длительность энуреза не менее 3-х месяцев.

Диагноз формулируется следующим образом – «Первичный ночной энурез», что соответствует рубрике «F» МКБ-10: F 98.0 («энурез неорганической природы»).

ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ С НОЧНЫМ ЭНУРЕЗОМ

Ночной энурез следует дифференцировать со следующими патологическими состояниями: ночные эпилептические припадки (по показаниям следует проводить электроэнцефалограмму), эндокринные заболевания: сахарный и несахарный диабет и др., побочные действия некоторых лекарств, ночные апноэ и частичная обструкция дыхательных путей.

Важно выяснить, имеется у ребенка запор и энкопрез, которые могут вызвать нестабильность мочевого пузыря и последующую инфекцию мочевых путей. После их устранения ночной энурез в половине случаев спонтанно прекращается.

Для оценки соматического состояния проводится осмотр наружных половых органов с целью выявления возможных аномалий, наличия жжения, рези или других болевых ощущений при мочеиспускании. При физикальном обследовании необходимо исключать объемные образования в животе (прощупывание после мочеиспускания пузыря, каловых масс при запоре), а также стигмы аномалий спинного мозга (углубления в области позвоночника, нитевидные пятна и т. д.), признаки дистальной невропатии (изменение рефлексов, чувствительности, осанки).

Для исключения патологии почек и диабета наряду с клиническим обследованием проводятся анализы мочи (общий, суточный, проба Зимницкого, посев мочи). Такие изменения в моче, как протеинурия, гликозурия, постоянная низкая плотность мочи и изменения осадка могут свидетельствовать о функциональных или структурных аномалиях почек и мочевыводящих путей.

Для выяснения функциональных особенностей мочевого пузыря измеряют суточный диурез и суточный спонтанный ритм мочеиспускания. Для этого в течение 3–4 суток родители отмечают время и объем каждого мочеиспускания, записывая эти данные, чтобы затем эти сведения представить врачу. Врач сопоставляет число и объем мочеиспусканий с объемом выпитой жидкости. Следует оценивать характер струи при мочеиспускании (слабая, сильная, прерывистая).

При наличии никтурии можно судить о нарушении функции детрузора. Снижение эффективного максимального объема мочевого пузыря ниже нормативных показателей могут свидетельствовать об отставании в развитии мочевого пузыря.

Для исключения пороков развития мочевой системы проводится ультразвуковое исследование. С его помощью можно определить расположение мочевого пузыря, толщину его стенок, наличие остаточной мочи.

По показаниям осуществляется также урологические исследования как цистометрография с определением внутрипузырного давления и объема мочевого пузыря. Показаниями к рентгеноурологическому обследованию служат: наличие патологических изменений в моче, сочетание ночного и дневного недержания мочи, неэффективность проводимого лечения.

Собирая данные об истории заболевания, расспрашивают не только родителей, но и ребенка. Был ли энурез у родителей и близких родственников, братьев и сестер, до какого возраста отмечался энурез?

Данные анамнеза о продолжительности и частоте случаев недержания обычно дают полную информацию об отношении ребенка и его родителей к этой проблеме. Помимо особенностей физического и нервно-психического развития ребенка, перенесенных физических или психических травм, условий жизни, характера воспитания, психологической «атмосферы» в семье и в школе для врача также важны сведения о том, как протекала беременность и роды у матери.

ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ

Считают, что существующие до сих пор медикаментозные методы лечения малоэффективны в плане излечения и по длительности эффекта кратковременны. Положительное действие обеспечивается постоянным многомесячным приемом некоторых лекарственных средств, при отмене которого недержание мочи возобновляется. Тем не менее скажем несколько слов о лекарственной терапии.

Лекарственная терапия

В настоящее время для лечения ночного энуреза наиболее широко используются три основных группы лекарственных средств:

- Препараты, уменьшающие образование мочи, а именно *Аудиретин-Десмопрессин* (1-деамино-8Д-аргенин, вазопрессин), таблетированная форма – *Минирип*.
- Препараты антихолинергического действия, увеличивающие емкость мочевого пузыря и понижающих нестабильность его сокращений – *оксибутинин (дриптан)*;
- Трициклические антидепрессанты (*имипрамин, мелипрамин*). Применение синтетического аналога антидиуретического гормона – *десмопрессина (минирина)* наиболее распространено для использования у детей с ночным энурезом.

После раскрытия в 1985 году заместительного механизма действия синтетических аналогов АДГ при первичном ночном энурезе, последние получили признание в лечении ночного энуреза.

Начало активного использования десмопрессина 1980-е годы. Препарат *десмопрессин (адиуретин-СД)* является синтетическим аналогом человеческого антидиуретического гормона, первоначально был синтезирован еще в 1967 году.

Первые публикации о его применении в лечении первичного ночного энуреза появились за рубежом, а затем – многочисленные публикации в нашей стране. *Десмопрессин* производства компании Ферринг (Прага, Чешская Республика) является синтетическим аналогом гормона нейрогипофиза – *вазопрессина*. В водном растворе 1:10000 (0,01%) DDAVP – 1-desamino-8-d-arginin-vasopressin в 1 мл содержится 0,1 мг действующего вещества, 1 капля содержит 3,5 мкг действующего вещества, а 1 мл препарата содержит приблизительно 30 капель.

Воздействуя на V2-рецепторы почечных канальцев, *десмопрессин* увеличивает реабсорбцию жидкости и таким образом снижает уровень ночного диуреза. У детей с ночным энурезом имеется нарушение суточного ритма секреции вазопрессина, которое приводит к повышенному образованию мочи в ночное время, количество которой превышает физиологическую емкость мочевого пузыря. Поэтому лечение может рассматриваться как «заместительная» терапия. Кроме того, вазопрессин игра-

ет ключевую роль в осморегуляции, он также является и нейромедиатором, осуществляющим свое центральное воздействие через V1-рецепторы. Вазопрессинергические волокна обнаружены в лимбических и гипоталамических структурах. Центральное высвобождение вазопрессина, возможно, играет роль в процессах памяти, регуляции сна и пробуждения. Имеется точка зрения, что положительное действие препарата обусловлено не только снижением объема ночной выработки мочи, но и центральными механизмами воздействия *десмопрессина*, что способствует его положительному влиянию на энурез. *Десмопрессин* может помочь в пробуждении, тем самым давая возможность ребенку помочиться уже проснувшись, или подавлять сокращение детрузора во время сна.

Исследования на животных показали, что вазопрессин не только влияет на продукцию мочи, но, введенный в желудочки мозга крыс, стабилизирует нестабильный мочевого пузырь. DDAVP является одним из первых искусственных аналогов природного вазопрессина. Данный препарат обладает значительно более выраженным антидиуретическим эффектом с одновременным участием других биологических свойств вазопрессина (вазоконстрикторный эффект, воздействие на гладкую мускулатуру внутренних органов), также он наделен большей устойчивостью к метаболической деградации.

Подобные биологические свойства DDAVP были получены путем модификации молекулы вазопрессина, включающей дезаминирование цистеина в положении 1 и замене 1-аргинина на D-аргинин в положении 8.

Многоцентровые исследования, проведенные в различных странах (Чехия, Германия, Франция, США), показали эффективность использования адиуретина-СД у детей с ночным энурезом.

В нашей стране в трех центрах (Эндокринологическом научном центре РАМН, НИИ педиатрии РАМН, и Морозовская детская клиническая больница) были также проведены исследования с целью изучить эффективность применения *адиуретина-СД* у детей с ночным энурезом, уточнить оптимальные дозы в различных возрастных группах и оценить частоту развития побочных эффектов. Исследования проводились в соответствии с программой и методикой, разработанной компанией Ферринг-Лечива, и включало две основные фазы. В течение первой фазы, длившейся две недели, проводили сбор анамнеза, изучали статус пациентов (вес, рост, артериальное давление, оценка всех органов и систем). Лабораторные исследования включали в себя: биохимический анализ крови (натрий, калий, билирубин, общий белок, мочевины, креатинин, щелочная фосфатаза), клинический анализ крови, анализ мочи на бактериурию, общий анализ мочи. Ребенку выдавалось плацебо с дальнейшим анализом числа «влажных» ночей на фоне его 2-х недельного приема.

Вторая фаза включала назначение *десмопрессина* в соответствии с площадью поверхности тела ребенка и анализом действия препарата на основании дневника пациента. Начальная доза *десмопрессина* в первой группе составляла 2 капли в сутки (7,0 мкг), во второй группе – 3 капли в сутки (10,5 мкг). Максимальная доза препарата составляла 6 капель в сутки (21,0 мкг) и 8 капель в сутки (28,0 мкг) соответственно в первой и второй группах пациентов. Препарат вводился интраназально, на носовую перегородку (голова ребенка отклонена в сторону и назад в положении сидя или лежа) с равномерным распределением капель между носовыми ходами, перед сном. Реакция на введение препарата отмечается в течение 30 минут.

К основным условиям лечения относились: опорожнение мочевого пузыря перед введением капель, запрет на прием жидкости до утра, нормальный питьевой режим в течение дня. В случае возникновения ситуации, требующей повышенного поступления жидкости в организм, либо затрудняющей всасывание препарата со

физиологической нос (отделяемое из носа вследствие респираторной инфекции) введение препарата временно прекращалось.

Лечение проводилось:

- а) в течение 4-х недель в дозе, не превышающей максимальную;
- б) при сохранении «влажных» ночей – продолжалось в максимальной дозе еще в течение 4-х и более недель, но не более 8 недель.

Контроль лечения осуществлялся в амбулаторных условиях. При сохранении хотя бы одного эпизода «влажной» ночи доза препарата повышалась на 1 каплю, и так – до максимальной дозы.

Критерием эффективности терапии являлось снижение числа эпизодов «влажных» ночей и оценивалось по 4 критериям:

- 1) полное исчезновение «влажных» ночей,
- 2) уменьшение числа «влажных» ночей более чем на 50% от исходного,
- 3) уменьшение числа «влажных» ночей менее чем на 50% от исходного,
- 4) отсутствие эффекта от лечения – количество «влажных» ночей осталось в конце лечения на прежнем уровне или даже превышало его.

В эндокринологическом центре в 66,6% случаев отмечена высокая эффективность терапии, т.е. полное исчезновение «влажных» ночей или существенное снижение их числа – более чем на 50% от исходного уровня. Умеренная эффективность лечения отмечена у 19% пациентов. Отсутствие эффекта зарегистрировано у 14,3% детей. Побочные эффекты включали: многократную рвоту, боли в животе в течение одного дня, сильную головную боль в течение нескольких часов в вечернее время, сильное головокружение, протеинурию. В центре Морозовской больницы полное исчезновение «влажных» ночей наблюдалось у 47,8% детей, более чем на 50% – 34,8%, отсутствие эффекта – 17,4%. Побочных эффектов не отмечалось. В НИИ педиатрии РАМН полное исчезновение «влажных» ночей было отмечено у 86,4% пациентов. Побочных эффектов не отмечалось.

Таким образом был сделан вывод, что *десмопрессин (адипуретин-СД)* является эффективным препаратом в лечении ночного энуреза у детей и что его применение не вызывает существенных побочных эффектов, связанных с изменениями в клиническом статусе пациентов и в лабораторных показателях крови и мочи, что свидетельствует о безопасности его применения при ночном энурезе. Однако по данным некоторых авторов побочными действиями десмопрессина являлись: головная боль, насморк, носовые кровотечения, головокружение, сыпь на лице. Только 39% детей оказались восприимчивы к терапии десмопрессинном. По данным других авторов* пациенты, резистентные к терапии десмопрессинном (минирином), составляют от 5 до 10%. Доказано, что эффективность десмопрессина в 4,5 раза больше, чем плацебо. В многочисленных исследованиях показана эффективность десмопрессина от 10 до 92%. Курс лечения составлял от 6 недель до 3 месяцев. Также была проверена гипотеза о том, что десмопрессин на фоне терапии с помощью сигнальных устройств облегчает выработку условного рефлекса у больных ночным энурезом и влияет на увеличение длительности ремиссии у больных, не восприимчивых к этому препарату. Было установлено, что *десмопрессин* при назначении совместно с сигнальной терапией не оказывает никакого синергического эффекта на достижение ремиссии. Авторы пришли к заключению, что у частично или полностью невосприимчивых к препарату больных, *десмопрессин* не способствует выработке условного рефлекса на фоне терапии с помощью сигнальных устройств.

В рандомизованном плацебо-контролируемом исследовании (93 больных) не обнаружены отдаленных различий в эффективности терапии между группами больных, получавших в течение 6 недель *десмопрессин* (интраназально) и сигнальную

терапию и получавших плацебо на фоне использования сигнальных устройств. По другим данным лечение сочетанием аларма и *десмопрессина* приводило к эффекту в 76% случаев, а только аларма – в 46%. На основании этих исследований вызывает сомнение возможность использования *десмопрессина* в качестве стандартной добавки к лечению ночного энуреза с помощью сигнальных устройств.

На смену назальным каплям, которые вызывают определенные неудобства и невозможность лечения во время острого респираторного заболевания, пришел *десмопрессин* в таблетках, производимый компанией «Ферринг Фармасетикалс» (Швеция) под названием «Минирин». Результаты многоцентрового исследования, проведенного как в нашей стране, так и за рубежом позволили сделать вывод о том, что *минирин* в таблетированной форме может быть использован для лечения первичного ночного энуреза у больных ночным энурезом старше 5 лет в дозе 0,2–0,4 мг в сутки. Минимальный рекомендуемый курс для лечения должен составлять 6 недель, но при необходимости может быть продлен до 3-х и даже 6 месяцев. Непосредственный эффект был получен в виде прекращения энуреза или уменьшения его частоты на 50%. Но в большинстве исследований наблюдали рецидивы энуреза после отмены препарата, что согласуется с заместительной природой его действия. Процент рецидивов составляет около 91%.

Противопоказаниями к применению *минирина* являются: повышенная чувствительность к нему, врожденная или психогенная патологическая полидипсия, сердечная недостаточность и другие состояния, требующие назначения мочегонных препаратов. К побочным реакциям относятся головная боль, диспепсические симптомы, затруднения при мочеиспускании, повышенная потливость, задержка жидкости в организме (гипонатриемия; увеличение массы тела), аллергические проявления, судороги (редко). Приводится описание случая выраженной гипонатриемии в сочетании с генерализованными тонико-клоническими судорогами у 10-летнего мальчика после интраназального приема десмопрессина. Ранее наблюдали еще 21 подобное осложнение с 1992 года.

Хотя считают, что длительное лечение *десмопрессином* является альтернативным и безопасным, для снижения числа рецидивов ввели пролонгированную (около 8 месяцев) терапию с постепенным прекращением приема десмопрессина. По их данным после окончания лечения у 62% энурез прекратился, и еще у 10% детей частота эпизодов снизилась. Однако рецидивы заболевания по данным многих авторов составляют до 90%. В некоторых исследованиях утверждается, что прием десмопрессина в течение года приводит к стойкому выздоровлению у 65–88% больных, а его использование на протяжении 1,5–2-х лет позволяет излечить свыше 90% больных. Но с нашей точки зрения, учитывая побочные действия препарата, его стоимость и возможность рецидивов, такой длительный срок его применения (от 3-х месяцев до 2-х лет) *может принести больше вреда, чем пользы*.

Оксibuтинин (дриптан) относится к антагонистам М-холинорецепторов и считается препаратом «золотого» стандарта при нестабильности детрузора. Он обладает как прямым спазмолитическим действием на гладкую мышцу детрузора мочевого пузыря (ингибирует спонтанные сокращения мочевого пузыря), так и антихолинэргическим эффектом в результате блокады взаимодействия ацетилхолина и мускариновых рецепторов гладкой мускулатуры.

Механизм его действия заключается в том, что он повышает емкость мочевого пузыря и снижает спазм детрузора, урежая случаи спонтанных сокращений мышцы последнего. Он незаменим для лечения синдрома «императивного мочеиспускания», который проявляется энурезом в сочетании с поллакиурией, императивными позывами и таким же недержанием мочи. В редких случаях наблюдается эффект при лечении больных с простой моносимптомной формой первичного ночного энуреза.

Во Франции до самого последнего времени *оксibuтинином* лечилось 48% детей с первичным ночным энурезом, а *десмопрессином* только 22%. При ночном энурезе

дриптан (оксibuтинин гидрохлорид) в таблетках по 0,005 г. обычно назначают по 5 мг 2–3 раза в день, начиная с половинной дозы во избежание развития нежелательных побочных действий (причем последний прием осуществляется непосредственно перед сном). Противопоказаниями для применения являются: возраст менее 5 лет, дизурический синдром, заболевания кишечника, гипертиреозидизм. Побочные реакции: сухость во рту, запоры, снижение остроты зрения, недомогание, боли в области живота, затрудненное мочеиспускание и чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, ощущение жары во всем теле («приливы»).

В лечении ночного энуреза с 60-х годов используется трициклические антидепрессанты (*мелипрамин*, *имипрамин*, *имизин*). Механизм их действия не совсем ясен. Но считают, что они нормализуют ночной сон, увеличивают емкость мочевого пузыря и снижают его сократимость. На фоне лечения энурез исчезает у 60% больных, но после окончания лечения в большинстве случаев наступает рецидив. При отсутствии эффекта в течение 2-х недель это лечение следует прекратить. Возможны побочные реакции, включая психомоторные и умственные расстройства, выраженное седативное и кардиотоксическое действие, дисфункция желудочно-кишечного тракта. Доказано, что эффективность *мелипрамина* в 4,2 раза выше, чем плацебо. При сравнении эффективности лечения *мелипразином* с *десмопрессином* различий во время лечения и после 6 недель, когда лечение было прекращено, выявлено не было.

Медикамент применяют как в больничных условиях, так и в амбулаторной практике. Всосавшись, он очень быстро фиксируется тканевыми белками, в основном почек, печени, мозга и миокарда, а уровень его в плазме крови очень низок (1 мг/л при введении 2 г мелипрамина). Выводится препарат медленно, через почки. Из 2 г введенного препарата за сутки выводится только 150 мг. Механизм терапевтического действия при лечении ночного энуреза, вероятно, связан с тем, что сон при его использовании становится менее глубоким, а антихолинергическая эффективность способствует задержке мочеиспускания. Ослабление глубины сна происходит при приеме препарата преимущественно в 1-ю половину ночи, т. е. именно в то время, когда сон наиболее глубок, во 2-ю половину ночи ребенок, как правило, просыпается при позыве на мочеиспускание сам.

Детям до 6-летнего возраста назначать *трициклические антидепрессанты* не рекомендуют, как правило, их применяют у детей старше 8 лет, так же как и аппаратную условнорефлекторную терапию. При неэффективности других методов лечения переходят к медикаментозной терапии. Доза *мелипрамина* составляет 50 мг для детей в возрасте 8–12 лет и 75 мг для детей в возрасте старше 12 лет при приеме на ночь (обычно за 30–60 минут до сна).

Одни авторы назначают 2–3–4 недели, другие 2–3 месяца и более. Обычно рекомендуют назначать сначала на 1 неделю. Положительное действие препарата, если оно должно проявиться, наступает в течение 1-й недели. Более эффективен мелипрамин у детей с нормальным объемом мочевого пузыря и в тех случаях, когда дети уже неоднократно просыпались «сухими» до начала приема препарата. Обычно данный эффект наступает на 2–4-й неделе от начала применения препарата, причем рекомендуют применять мелипрамин в течение еще 1 месяц после клинического излечения. Если у излеченного ребенка возникает рецидив, целесообразно вновь назначить *мелипрамин* на 3 месяца.

По данным одних авторов прекращение энуреза наступает в 24–30% случаев. По данным других – наблюдают в 25–40–50% случаев. Некоторые авторы считают, что на фоне лечения энурез исчезает у 60% больных, но после окончания лечения в большинстве случаев наступает рецидив (до 90%).

При этом существует мнение, что эффективность препарата связана с психотерапевтическим воздействием. Об этом, в частности, свидетельствует то, что *мелипрамин* неэффективен у детей при сочетании энуреза с дебильностью.

При сочетании медикаментозной терапии с другими методами лечения отмечают лучший результат. Лечение *мелипрамином* рекомендуют проводить под обязательным контролем врача и родителей, так как при его применении *возможны осложнения, приводящие иногда даже к смертельному исходу*. Концентрация *мелипрамина* в плазме коррелирует с повышением АД, причем у детей повышается диастолическое, а у взрослых – систолическое давление. Причины различного действия препарата на сердечно-сосудистую систему неясны, по-видимому, у детей плохо развит барорецепторный рефлекс. *При отсутствии эффекта в течение двух недель это лечение следует прекратить*. Возможны побочные реакции, включая психомоторные и умственные расстройства, выраженное седативное и кардиотоксическое действие, дисфункция желудочно-кишечного тракта. Нарушения функции сердечно-сосудистой системы связаны с накоплением препарата в миокарде. При небольших реакциях наблюдают синусовую или суправентрикулярную тахикардию. При больших дозах препарата на ЭЭГ часто отмечают увеличение интервала QT, признаки нарушения реполяризации и главное атипичное расширение комплекса QRS. В тяжелых случаях интоксикации эти комплексы все более расширяются и сердечная деятельность замедляется вплоть до остановки сердца. Такие случаи регистрируют, как правило, лишь в случае применения дозы препарата свыше 2 г и концентрации препарата в крови более 1 мг на длтр.

Клинические признаки интоксикации *мелипрамина* (при передозировке) начинают проявляться через 1–4 часа после введения препарата, они представлены неврологическими расстройствами, признаками антихолинергического действия и сердечно-сосудистыми нарушениями. Голос ребенка становится прерывистым, наблюдается миоклонический тремор при воздействии малейших тактильных или звуковых раздражителей, затем начинают прогрессировать нарушения сознания, часто сопровождающиеся конвульсиями и способные перейти в коматозное состояние. ЭЭГ не выявляет выраженных поражений, чаще всего регистрируют только замедление электрической активности с ответом средней силы на слуховые или другие раздражители. Обычно кома длится 24–48 часов и сменяется состоянием затемненного сознания с дискоординацией движений, тремором и прерывистой речью, эти симптомы могут наблюдаться в дальнейшем в течение многих дней. Антихолинергические проявления выражены в основном ощущением резкой сухости во рту, двусторонним мидриазом, перистальтика не прослушивается, частота сердечных сокращений увеличивается.

В связи с побочными эффектами важно, чтобы родители внимательно наблюдали за ребенком (сухость во рту) и подсчитывали частоту пульса за минуту. В редких случаях при приеме мелипрамина может увеличиться частота пульса по сравнению с нормой. Измеряют частоту пульса несколько дней до лечения и заносят данные в дневник. Затем регулярно один раз в день в одних и тех условиях (например, сидя или лежа) измеряют частоту пульса в период лечения.

В случае увеличения частоты пульса более чем на 8–10 ударов – следует немедленно обратиться к врачу. Но подчеркиваем, что это бывает редко.

Обычно пульс прощупывается на лучевой артерии – ладонной поверхности предплечья у основания большого пальца. Другой удобной артерией для подсчета частоты пульса является височная артерия, идущая по виску к надбровной дуге. При подсчете частоты пульса на лучевой артерии исследующий кладет большой палец на тыл предплечья ребенка, а четыре остальных пальца – на его ладонную поверхность. Не следует сильно прижимать пальцы к руке, так как под влиянием давления пульсовая волна может исчезнуть. Определяют число толчков в минуту.

Нормальная частота пульса в возрасте 5 лет – 98–100, 6 лет – 90–95, 7 лет – 85–90, 8 лет – 80–85, 9 лет – 80–85, 10 лет – 78–85, 11 лет – 78–84, 12 лет – 75–82, 13 лет – 72–80, 14 лет – 72–78, 15 лет – 70–75.

Из других осложнений отмечают летаргию, депрессию, нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, редко – аритмию сердца. В последние годы в литературе появились сообщения, что при назначении мелипрамина наблюдались случаи появления парезов, в связи с чем последние годы трициклические антидепрессанты для лечения ночного энуреза применяются значительно реже.

Очень немного исследований было посвящено изучению влияния ночного энуреза на сопутствующие проблемы: психические отклонения, взаимоотношения в семье, самоуважение детей. Тем не менее, некоторые исследователи показывают, что дети, у которых успешно прошло лечение энуреза, становятся счастливее и обретают уверенность в себе. При отсутствии эффективного лечения энуреза такого улучшения психологического статуса ребенка достичь не удастся. Однако уровень психических расстройств выражено не меняется в результате успешного лечения энуреза. Можно сделать вывод, что излечение ночного энуреза может сделать ребенка счастливее и устранить, по крайней мере, один источник стресса, но оно редко помогает в лечении психических расстройств.

В 2005 году группа специалистов, включающих, педиатра, детского невролога, уролога, нефролога, психиатра, генетика, разработала и опубликовала «алгоритм диагностики и лечения первичного ночного энуреза», где представлены данные о классификации, диагностике и лечении первичного ночного энуреза.

В разделе лечения сделан акцент на медикаментозную терапию (минирин), не отражены немедикаментозные методы лечения, в частности гипнотерапия, которая не несет медикаментозной нагрузки, с присущими ей побочными действиями, и является эффективной.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Сигнальная терапия

За рубежом, а ранее у нас (аппарат Ласкова), с успехом используются мочевые алармы (будильники). В разное время было разработано несколько аппаратов. Большинство из них представляют собой электрические конструкции, где имеется незамкнутый участок между двумя электродами. Замыкание цепи осуществляется благодаря свойствам мочи, которая увлажняет между электродами кусок гигроскопичной ткани и превращает ее в проводник тока. При замыкании цепи начинает звучать сигнальное устройство, которое может подавать раздражение (звуковое, болевое или световое), которое пробуждает больного. Имеет значение характер сигнала: раздражение должно быть достаточно сильным, чтобы создать стойкий условный рефлекс во сне.

После многократных пробуждений, связанных с актом мочеиспускания, вырабатывается прочный условный рефлекс пробуждения в ответ на позыв к мочеиспусканию.

Б. И. Ласковым был сконструирован аппарат для лечения ночного недержания мочи и разработана методика его применения. Сущность действия аппарата сводится к следующему: в самый начальный момент ночного мочеиспускания (по выделению из уретры первой же капли мочи) автоматически замыкается электрическая цепь и осуществляется воздействие индукционным током на кожные рецепторы, что ведет к

немедленному пробуждению больного, совпадающему по времени с рефлекторным сокращением наружного сфинктера мочевого пузыря, мочеиспускание мгновенно прерывается, и больной просыпается сухим.

Описание аппарата АЛ-2М: аппарат является переносным и предназначен для индивидуального пользования. Он состоит из собственно прибора и матерчатого пояса, на котором укреплены ключ (датчик) и два электрода, введенные посредством провода длиной 2 метра в электрическую схему аппарата.

Аппарат смонтирован в прямоугольном металлическом корпусе, в котором размещены: источник тока – 6 сухих батарей, вибрационный преобразователь, реле, два сопротивления, конденсатор и регулятор напряжения. На панели управления расположены: выключатель питания, сигнальная неоновая лампа, ручка регулятора, контрольная кнопка «Проба».

В период лечения аппарат перед сном ставят у постели больного на стуле или прикроватной тумбочке. Инструктаж больного должен проводиться очень тщательно, приступают к лечению, когда твердо убеждены в том, что больной полностью освоил технику выключения и включения аппарата, надевания пояса и т. д. Очень важно подобрать такое напряжение тока на электродах, которое должно вызывать немедленное пробуждение ребенка, но не должно причинять сколько-нибудь значительных ощущений или вызывать испуг.

Лечение обычно длится 30 дней. Излечение наступает медленно. Лишь спустя несколько недель после начала лечения ребенок начинает просыпаться раньше того, как произойдет мочеиспускание. Многие дети уже после нескольких ночей лечения отмечают появление нормально, т. е. пробуждающего позыва к мочеиспусканию во время сна.

После того как ребенок твердо уверен в том, что он выздоровел, т. е. самостоятельно проснется от позыва, он в течение 3 суток перед выпиской должен спать с невключенным аппаратом с целью закрепления выработанного рефлекса.

Рецидивы возникают в 10–15% случаев у детей младшего возраста, и в 9–47% случаев у детей старшего возраста.

В настоящее время в нашей стране по непонятным причинам аппараты Ласкова не производятся.

ПСИХОЛОГО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА ЛЕЧЕНИЯ НОЧНОГО ЭНУРЕЗА

Нами разработана немедикаментозная психолого-психотерапевтическая программа лечения ночного энуреза, состоящая из 5 блоков с использованием гипноза, как базовой основы лечения.

Цель лечения ночного энуреза совпадает с сигналом тревоги: надоставить ребенка проснуться, когда наполняется его мочевой пузырь.

Перед началом лечения рекомендуется проводить дидактическую сессию, на которой ребенку рассказывается о работе мочевого пузыря, а также внушается, что ребенок является его господином. У ребенка можно спросить о его втором имени или прозвище и потом сказать, что эта другая его часть остается бодрствовать, в то время как первая будет спать. Этой второй части приказывается пребывать в полном сознании и следить за ощущениями в мочевом пузыре, чтобы, когда тот наполнится, разбудить ребенка и отправить его в туалет.

Первый блок программы лечения включал психологическое обследование детей, подростков с ночным энурезом и их родителей и психокоррекцию выявленных расстройств, соблюдение режима дня и специальной диеты.

Для обследования применялся набор методик, которые охватывают все проблемные сферы, связанные с болезнью:

- а) обследование самого ребенка – личностные особенности; взаимоотношение с родителями; качество жизни, определение тревожности, наличие посттравматического стрессового расстройства, диссоциации и др.
- б) обследование родителей (чаще мать) – речевые характеристики: громкость, эмоциональность, строгость голоса, манера разговора взрослых с ребенком, взаимоотношение с ребенком, личностные особенности.

Родителям и детям давались рекомендации, выполнение которых повышает вероятность «сухих» ночей: соблюдение режима дня; соблюдение благоприятного психологического климата в семье (так как для таких детей характерны неустойчивость эмоционально-волевой сферы, повышенная тревожность); ограничение приема жидкости в вечернее время; вечерняя диета, которая исключает продукты, обладающие мочегонным действием (молоко, кефир, сливки, фрукты); ограничение поступления в организм продуктов, углубляющих сон (содержащих триптофан, как исходный продукт мелатонина).

Второй блок включал социально-психологическую технологию, направленную на усиление мотивации к лечению.

Первоначальный уровень мотивации к лечению и выздоровлению определяется врачом с помощью набора методик: определение самомотивирующих причин; определение мотивации, как поведенческой ценности; определение общей мотивации.

По нашим данным у большинства детей с ночным недержанием мочи мотивация к излечению практически отсутствует или мало выражена. Отсутствие мотивации нами объясняется тем, что в большинстве случа-

ев дети с ночным недержанием мочи считали себя здоровыми, потому что болезнь у многих детей, прежде всего, ассоциируется с возникновением боли, повышением температуры тела, кашлем и др. В случаях с ночным энурезом чаще всего телесные жалобы отсутствуют. И если дети заявляют о желании избавиться от этого недуга, то в большинстве случаев указывается на социально-гигиенические причины: невозможность куда-либо поехать, оставаться ночевать у родственников или знакомых, выезжать на отдых, боязнь, что могут узнать окружающие.

Одним из способов повышения мотивации является ведение дневника для наглядной демонстрации успешности лечения (где отмечают «сухие» ночи и выполнение мероприятий, увеличивающих вероятность «сухих» ночей), за которую родители осуществляли вербальное поощрение и вознаграждение.

Третий блок состоит из тренировки сенсорных систем, в частности, кинестетической, с помощью которой осуществляется формирование и поддержание позыва на мочеиспускание. Это обусловлено тем, что по нашим данным кинестетическая система у таких детей функционально недоразвита. Большинство детей указывали проекцию мочевого пузыря неправильно. Также клинической особенностью этих детей является недостаточность развития соединительной ткани. По нашим данным у них отмечался гипермобильный синдром (85%), нарушение осанки (63%), пролапс митрального клапана (65%), почти у всех встречалась дополнительная трабекула в полости левого желудочка и поэтому они обладали гимнастическими акробатическими «способностями». Отсутствие у детей ощущения позыва на мочеиспускание можно объяснить дефицитом соединительной ткани.

Для тренировки функции сфинктеров мочевого пузыря ребенка в дневное время обучали осознанно замечать и запоминать свое ощущение позыва на мочеиспускание и только после этого освобождать мочевой пузырь. Для устойчивого автоматического «пользования» позывом в дневное время ребенка учили называть словом свое ощущение или он выбирал название ощущения из готового разработанного нами списка – шкалы ощущений, сигнализирующих о приближении мочеиспускания. Устойчивое возникновение ощущения позыва и удержание его в сознании возможно только при образовании опосредованной связи между каким-либо соматическим явлением и его вербальным обозначением при многократном повторении.

Развитие кинестетической системы дополнительно осуществлялось с помощью специальных физических упражнений, тренировок сфинктера мочевого пузыря – ребенок более длительное время удерживает мочу, проводит тренировку с удержанием мочеиспускания во время позыва, мочится с напором, носит ночью стягивающие трусы.

Четвертый блок включал проведение курса гипнотерапии с целью выработки условного рефлекса на пробуждение при позыве на мочеиспускание в ночное время, усиление мотивации к выздоровлению, становление «сторожевого сна». Гипнотерапия особенно показана детям с посттравматическим стрессовым расстройством. Курс гипноза состоял из 8–10 сеансов, после каждого сеанса определялась степень гипнотического состояния.

Дети с ночным недержанием мочи (по шкале гипнабельности – 1 и 2 стадии гипноза, сон, отсутствие гипнабельности) в 98% случаев при первом и втором сеансах были в состоянии сна, затем, по мере увеличения количества сеансов гипноза, они чаще находились в 1 или 2 стадиях гипноза. Чем большее количество сеансов ребенок «выходил» в состояние 1 и 2 стадий, тем больше у него было количество «сухих» ночей. «Выход» из гипноза в 1 и 2 стадиях позволял, видимо, нормализовать протекание естественного ночного сна. Изменение стадий гипнабельности возможно использовать для оценки успешности терапии при ночном недержании мочи.

Пятый блок. В случаях негипнабельности детей – использовали тренировку пробуждения ночью за счет осознанного сновидения.

Ночное сознательное пробуждение возможно только при наличии ощущения позыва на мочеиспускание, возникающего в дневное время. Известно, что большинство детей с ночным недержанием мочи отличаются быстрым засыпанием и глубоким сном с возникновением эпизодов ночного энуреза в первые 1,5–2 часа сна (фаза быстрого сна). Одной из особенностей фазы быстрого сна является возникновение сновидений. Ребенка обучали осознанному отношению к сновидениям (если у него они были), которое для него становилось «ночной подсказкой» для перевода в состояние, при котором было возможно сознательно заметить интроцептивные сигналы, возникающие во время сна, в частности в районе мочевого пузыря.

Результаты. После проведенного курса лечения у 65,2% детей на протяжении от 6 месяцев до 2 лет не было ни одного случая ночного недержания мочи, а у 34,8% детей эпизоды сократились на 50–75%, что соответствовало критериям успешного лечения или полного выздоровления*. Следует отметить, что эти результаты зависели в большой степени от самого больного, поскольку нельзя лечить больного без его осознанного согласия.

Таким образом, психолого-психотерапевтическая программа, включающая гипноз, является эффективным методом лечения ночного недержания мочи.

* См.: Брягунов И.П. Гипнотерапия детей и подростков. М., 2005. – Прим. ред.

ЦЕФАЛГИИ

Что такое головная боль, большинству объяснять не надо, это одна из самых частых жалоб, с которой пациенты обращаются к врачу. Все из рук валится, падает настроение, лицо принимает скорбное выражение. Боль предупреждает о нарушениях, возникших в организме.

Часто ребенок, придя из школы, жалуется на головную боль. Иногда подобные жалобы бывают и утром. Обычно родители не знают, чем помочь своему ребенку, или просто думают, что это нежелание идти в школу.

По предложению специальной комиссии по классификации при Национальном институте нервных болезней в США головная боль трактуется как «любое неприятное ощущение в области кверху от бровей и до затылка».

Только 15% взрослого населения не ведает, что это за недуг, остальная часть знакома с периодическими возникающими головными болями. Частота головных болей по данным разных авторов колеблется от 50 до 200 случаев на 1000 населения. В Германии постоянными головными болями страдает более трети всего населения (29 млн. человек), а в США ежегодно к врачам обращаются с жалобами на головную боль 42 млн. человек.

Головными болями страдают как взрослые, так и дети. Как показывают исследования, приблизительно треть детей школьного возраста жалуется на головные боли. Распространенность головной боли у детей и подростков колеблется от 5 до 33%. У 40% детей в возрасте 7 лет наблюдаются эпизодические головные боли, а в 15 лет до 75%. в других исследованиях разброс иной – 20–75%.

По данным С.Б. Шваркова (1993) в 36% случаев головной болью страдают девочки, в 29% – мальчики, в основном это дети в возрасте 11–12 и 13–15 лет.

Эпидемиологические исследования, проведенные А.П. Рачиным в Смоленске среди школьников, выявили, что головной болью страдает 46,4% детей. По данным Е. А. Батуровой и Е. В. Мурашовой головная боль у детей встречается от 33 до 64%.

По данным Силанпаа и Антилла (М. Sillanpaa, P. Antilla), головная боль встречается у 40–50 % детей. По другим данным (Барера, Красник), уровень распространенности может находиться в пределах 28,7–72,8 %.

Исследования, проведенные американскими врачами, показали, что у 52–69% школьников наблюдаются эпизодические головные боли. Жалобы на головные боли в американских школах стоят на четвертом месте после жалоб на небольшие травмы, расстройства желудочно-кишечного тракта, простудные заболевания.

В 2003 году была принята международная классификация головных болей (МКГБ). Во втором издании МКГБ полностью сохранены базовые принципы классификации и диагностики основных первичных форм головной боли. Основным принцип построения классификации и диагностических критериев этиологический или описательный, а описательный принцип сводится к синдромальным или симптоматическим.

Согласно этой классификации головные боли делятся на первичные, в состав которых входят мигрень, головная боль напряжения, пучковая головная боль, другие тригеминальные цефалгии и другие первичные головные боли, и вторичные, в состав которых входят головные боли:

- вследствие травмы головы и/или шеи,
- обусловленные краниальным или цервикальным сосудистым нарушением,
- обусловленные несосудистым внутричерепным нарушением,
- вследствие приема некоторых веществ или их отмены,
- вследствие инфекции,
- обусловленные нарушением гомеостаза,
- головная или лицевая боль, обусловленная заболеванием черепа, шеи, глаз, ушей, носа, придаточных пазух, зубов или других лицевых или черепных структур,
- обусловленные психическими расстройствами.

Основной принцип разделения вторичных головных болей – этиологический, а первичных – симптоматический.

Все головные боли разделены на 14 групп. Обращает на себя внимание, что в последней классификации появилась новая глава – 12 – головные боли, вызванные психическими заболеваниями, это короткая глава, так как исследования в этой области малочисленны. Главное, что исследователи и практикующие врачи должны ориентироваться на эту классификацию и ставить диагноз, соответствующий терминологии МКГБ-2.

С практической точки зрения выделяют 2 вида головной боли: первичная и симптоматическая (вторичная); острая, эпизодическая (не превышает 1–5 дней в месяц или 180 в год) и хроническая (превышает 15 дней в месяц и 180 дней в год).

Основу этих болей составляют разные патофизиологические механизмы и поэтому в лечении применяются дифференцированные комбинированные схемы лечения, включая немедикаментозную и медикаментозную терапию.

Исходя из классификации, причины головных болей могут быть самые разные. Существует более 45 различных заболеваний, при которых наблюдается головная боль, но она может не только сопровождать заболевания.

Самые безобидные из причин головной боли – неправильно подобранные очки, тугие шапки, головные повязки, головная боль от приема холодных напитков и пищи, длительного голодания, переутомления от неадекватных физических и умственных нагрузок, голова может болеть и от перемены погоды.

С головной боли в ряде случаев начинается любое инфекционное заболевание: острое респираторное заболевание, хронический тонзиллит, туберкулез и другие.

Головная боль может сопровождать заболевание уха, носа и особенно пазух носа. Оториноларинголог помимо осмотра, при необходимости назначает рентгеновское обследование пазух носа.

Если снижена острота зрения и ребенок из-за стыдливости не пользуется очками, то и это может быть причиной головной боли. Обычно она появляется при длительной фиксации взгляда на предметах, при чтении или письме, в результате напряжения глазодвигательных мышц. Боль может появиться в результате двоения, рефракционных аномалий, при явном и скрытом косоглазии. В этих случаях боль бывает монотонной, ощущается в области глаз или лба. Помимо определения остроты зрения, окулист проводит специальные исследования, которые помогают обнаружить аномалии рефракции, поля зрения.

При артериальной гипотензии может наблюдаться несильная головная боль, распространенная по всей голове, причем она может быть спровоцирована различными причинами: переутомлением, изменениями погодных условий, нахождением в душном помещении и т. д. Ее особенностью является то, что боль при этом заболевании редко достигает большой степени выраженности. Врачу не удается выяснить ее четкую локализацию, она может захватывать как всю голову, так и лобную, теменную, затылочную области. Лишь иногда бывает тошнота и рвота. При этом головная боль возникает как один из первых симптомов, вначале она слабая, обычно носит упорный характер, постепенно нарастает, чаще проявляется в первую половину дня. При обострениях хронического воспалительного процесса интенсивность боли нарастает. Боль вначале ощущается возле глаз, лба или затылка, затем распространяется по всей голове.

Раздражение болевых рецепторов может происходить вследствие воздействия на них различных веществ, которые не только образуются в организме, но и поступают извне. Например, сильная головная боль наблюдается при отравлении угарным газом, она носит диффуз-

ный характер с преимущественной выраженностью в области лба и висков.

Головные боли нередко сопровождают упорные запоры, поражения печени и почек, глистную инвазию. Они возникают вследствие появления токсинов и носят диффузный характер.

Известно, что нервная система очень чувствительна к недостатку кислорода, поэтому, если ребенок долго находится в душном помещении, он также может жаловаться на головную боль.

У некоторых детей головная боль может появиться при длительных перерывах в приемах пищи. При этом отмечается повышенное выделение инсулина поджелудочной железой, что приводит к состоянию гипогликемии, т. е. снижению сахара в крови, и как следствие – появляются ощущение внезапной слабости, чувство голода, общее дрожание, головокружение и в дальнейшем головная боль. Аналогичное состояние вызывают нарушение режима сна, режима занятий и отдыха, изменение условий окружающей среды, в том числе климатолюбных.

Головная боль может быть результатом перегрева на солнце. При этом наблюдается расширение мозговых сосудов, повышение внутричерепного давления, что приводит к отеку и полнокровию головного мозга и его оболочек.

Острая головная боль может возникнуть при изменении чувствительности организма к тому или иному веществу, при аллергических реакциях. При этом аллергенами могут быть различные пищевые продукты, бытовые вещества.

Боль возникает внезапно, начинается со лба, реже теменной или затылочной области. Ее развитию могут предшествовать различные аллергические реакции со стороны кожи или слизистой носа. Продолжительность приступа от нескольких часов до нескольких дней. Объяснение ее причины – повышенная проницаемость кровеносных капилляров, отек, набухание тканей, вследствие чего происходит сдавливание чувствительных нервных окончаний.

Головная боль может возникнуть и вследствие психической травмы, т. е. быть психогенной природы. Психогенный фактор путем влияния на нервную систему может изменять состояние и функции органов и систем, в том числе тонус сосудов, что приводит к раздражению болевых рецепторов, заложенных в стенках сосудов.

По данным Т. Г. Вознесенской и А. М. Вейна, у пациентов с эпизодическими головными болями, не превышающими по шкале 4 баллов, выявляются тревожные расстройства, а у пациентов с хроническими головными болями оценочная шкала достигает 5–6 баллов, первостепенное значение играет депрессия, эти боли более интенсивные, изменяют образ жизни больных, ухудшают качество их жизни.

Важнейшим фактором хронизации головной боли является злоупотребление анальгетиками, это так называемые абузусные головные боли. Абузусные головные боли появляются через 3 месяца от начала приема больших доз препаратов, поэтому при абузусных болях эффективным методом лечения является полная отмена анальгетиков и замена их на антидепрессанты.

Часто под хронической головной болью скрывается депрессия. Родители рассказывают врачу, что головная боль сопровождается у ребенка ощущением, что он несчастлив. А ребенок стал вялым, пассивным, ухудшилась его успеваемость, нарушился сон и аппетит. Недостаточность моноaminэргических механизмов, особенно серотонинэргических является основой для головной боли и депрессии. Это подтверждается эффективностью применения антидепрессантов, особенно ингибиторов обратного захвата серотонина. Диагностика депрессии сложна для педиатра, но предварительно поставить диагноз можно и ребенка необходимо направить к детскому психиатру для уточнения диагноза. Основными симптомами являются:

- подавленное сниженное настроение;
- утрата интересов и способность получать удовольствие от того, что прежде его доставляло;
- повышенная утомляемость и снижение активности.

К дополнительным симптомам депрессии относятся:

- снижение способности к концентрации внимания;
- снижение самооценки и чувства уверенности в себе;
- идеи виновности и уничижения;
- мрачное и пессимистическое ведение будущего;
- идеи или действия по самоповреждению или суицид;
- нарушение сна;
- снижение аппетита.

Подавляющее большинство головных болей являются самостоятельными, первичными, среди них самой распространенной является головная боль напряжения, на ее долю приходится 70% всех головных болей.

У детей и подростков среди всех головных болей чаще встречаются головные боли напряжения (ГБН) – это психосоматический дискомфорт, в формировании которого участвует множество факторов, но чаще всего они возникают в ответ на психическое напряжение, появляющееся в ответ на стресс (загруженность ребенка уроками, конфликты с учениками, учителями, неудобное рабочее место и др.), это сочетается с напряжением перикраниальных мышц. Психотравмирующая ситуация способствует низкой продуктивности активной деятельности, ослаблению памяти, нарушению внимания и неуверенности.

При психологическом исследовании обнаруживаются экзальтированный, эмотивный, циклотимический и гипертимический типы акцентуаций личности. Гипертимический тип более характерен для мальчиков, а аффективно-экзальтированный вариант преобладает для девочек. Определяется высокий уровень личностной тревожности, а депрессия в латентном состоянии имеется постоянно. Несколько реже выявляются паранойяльные черты. Выявляется достоверное преобладание показателя ипохондрии, что свидетельствует о склонности к астеноневротическому типу реагирования, при котором ребенок плохо переносит смену обстановки и легко теряет спокойствие при социальных конфликтах. Отмечаются затруднения в новой обстановке, во взаимоотношениях с новыми людьми.

Описаны основные диагностические критерии ГБН, которые рекомендует Международная ассоциация по головной боли:

- длительность эпизода ГБН должна быть не менее 30 минут. При эпизодической головной боли – от 30 минут до 7 дней.
- при хронической ГБН могут быть ежедневные, практически не прекращающиеся головные боли:
- ГБН начинается с болей в мышцах шеи, плеч и затылка, далее распространяется к фронтальной области. Характер боли: средней интенсивности, меняющаяся в течение дня, сжимающая, давящая. Характерно ощущение тяжести, «обруча», голова «будто стянута бинтом», ощущение «каска», «тесной шапки», монотонная боль. Пульсирующие боли не характерны.
- боль, как правило, диффузная, двухсторонняя.
- не усиливается при физической нагрузке.

На пике головной боли могут быть фотофобии, фонофобии, тошнота, рвота как правило отсутствует. Эти симптомы выражены умеренно и наблюдаются изолированно.

Головная боль обычно появляется после продолжительных школьных и домашних занятий за неудобным рабочим столом и длится еще какое-то время после занятий, после длительного сидения за компьютером, после неудобной позы во время сна. Она носит монотонный характер. Продолжительность приступа обычно несколько часов, в течение всего дня, несколько дней иногда недель, реже 30–60 минут. Сопутствующие симптомы: головокружение, утомляемость, боль или ощущение скованности в шее, тревожность, подавленное настроение, ипохондричность, иногда тошнота, рвота.

Головная боль концентрируется в области темени, но может быть и в области лба с двух сторон. Такая боль не начинается ночью. Приступы возникают во второй половине дня, реже утром, после просыпания, обычно это боль «5–6-го школьного урока». При пальпации отмечается

болезненность и гипертонус мышц головы и шеи, особенно височных, заднешейных, трапецевидных.

Но головные боли могут быть симптомом неврологических или соматических заболеваний, диагностировать которые сложно, и, чтобы их установить, следует проводить дополнительные высокотехнологичные обследования, такие как компьютерная или магнитно-резонансная томография.

К компетенции невропатологов и нейрохирургов относятся головные боли, возникающие в результате раздражения чувствительных болевых структур головы из-за изменения внутричерепного давления. Такая боль возникает при доброкачественной внутричерепной гипертензии, опухлях мозга, внутричерепных кровоизлияниях, абсцессах мозга, отеках мозга. Распространенность доброкачественной внутричерепной гипертензии у детей точно не установлена. В общей популяции составляет 1 случай на 100 тысяч населения. Для нее характерна триада клинических проявлений: головная боль, глазодвигательные расстройства, нарушения зрения. В большинстве случаев цефалгия проявляется в возрасте 5–7 лет, отличается приступообразностью, довольно часто сопровождается тошнотой и рвотой, реже головокружением. В таких случаях детям нередко ставится диагноз мигрени и их безуспешно лечат анальгетиками. У новорожденных и детей младшего возраста могут наблюдаться «беспричинные» утренние рвоты. Глазодвигательные расстройства у маленьких детей чаще всего представлены паралитическим сходящимся косоглазием, реже поражением глазодвигательного или отводящего нерва. Застойные диски зрительных нервов чаще выявляют у детей старшего возраста и подростков. В отличие от взрослых потеря зрения у детей почти не встречается.

Считают, что синдром у детей и молодых взрослых имеет склонность к спонтанному излечению и его продолжительность в большинстве случаев не превышает 1 года. Однако имеются сообщения, что внутричерепное давление может быть повышенным в течение многих лет.

Головная боль при опухлях мозга у детей – один из самых постоянных, частых и ранних общемозговых симптомов. Появляется она всегда в раннем периоде развития опухоли, возникает как правило по утрам, часто сочетается с работой и не поддается никакому воздействию. Симптомы повышенного внутричерепного давления у детей появляются несколько позже, особенно у детей младшего возраста. При опухлях головного мозга происходит сдавливание чувствительных окончаний нервных волокон и, как следствие, ощущение головной боли. В этом случае выделяют местные, смешанные и общие головные боли.

У детей младшего возраста тип головной боли иногда трудно определить, так как приспособляемость мозга к повышению внутричерепного давления у них больше, чем у взрослых.

Болевые рецепторы могут раздражаться вследствие сдавления нервных окончаний и нервных волокон патологическими образованиями не только внутри черепа, но и вне его. Головная боль сопровождает воспаление оболочки мозга – менингит, энцефалит. К довольно редким причинам головной боли относится врожденный порок развития артериовенозных сосудов головного мозга, что может привести к мигрени, судорогам, к временному параличу мышц одной стороны тела. В этом случае важно не потерять время по вине различного рода «кудесников-целителей» и вовремя обратиться за врачебной помощью.

Симптоматические головные боли встречаются всего лишь в 5–8% случаев. Хотя симптоматические головные боли встречаются достаточно редко, основной задачей врача является в первую очередь исключение именно этих головных болей. Поэтому для врача важны сведения от родителей, в каком возрасте у ребенка впервые появились головные боли, усилились ли они, болит голова постоянно или время от времени, начинается ли приступ головной боли резко или постепенно и как он проходит. Врачу также важно знать, в каком месте болит голова, как боль распространяется, терпима ли она или нет. Каков характер головной боли, боль пульсирующая, тупая, монотонная или носит сдавливающий характер. С чем, по мнению родителей, ее можно связать.

Головная боль при артериальной гипертензии – не обязательный и не частый симптом. Мы наблюдали детей с очень высоким артериальным давлением (выше 200/170 мм рт. столба), которые страдали вторичными артериальными гипертензиями, но эти дети были активны и не высказывали никаких жалоб.

Частой причиной головной боли может быть травма головы и шеи. Посттравматическая головная боль возникает непосредственно после травмы головы, особенно если последняя сопровождалась бессознательным состоянием, может появиться в первый же день, а может – через несколько дней, и мучает ребенка она обычно долго (месяцы, годы), сопровождается головокружением, раздражительностью, повышенной чувствительностью к шуму, нарушением сна, отсутствием концентрации внимания.

Характер головной боли при черепно-мозговой травме зависит от вида травмы, локализации и тех изменений, которая она вызывает. При легкой травме головная боль проходит через несколько часов или дней, но затем может появиться вновь. При сотрясении и ушибе головного мозга боль в голове является первой жалобой ребенка, после того как он приходит в сознание. Наиболее выражена боль при ушибах головы в той

части головного мозга, где происходит его сдавливание, вследствие чего повышается внутричерепное давление. При ушибах головного мозга, сопровождающихся кровоизлиянием в оболочки мозга, а также развитием кровоизлияний, головная боль зависит не только от повышенного внутричерепного давления, но и от раздражения оболочек мозга кровью.

К головной боли могут привести отравление свинцом, длительное голодание, прием больших доз витамина А.

А вот необычная причина головной боли: подросток, мастер спорта по плаванию, из-за длительных головных болей снизил спортивные результаты. Неоднократные консультации врачей и обследование к успеху не привели. А боль, оказывается, возникла из-за того, что очки, которыми пользуются пловцы, слишком плотно прилегали к лицу и сдавливали глазничный нерв.

Описаны основныестораживающие признаки симптоматической головной боли, которые помогут в постановке диагноза:

- внезапное начало головной боли;
- диффузная головная боль, усиливающаяся изо дня в день;
- зависимость головной боли от положения тела и головы;
- многократная рвота без тошноты;
- утренние головные боли;
- головные боли, не меняющие локализацию (упорная односторонность);
- нарастание головной боли параллельно нарастанию температуры тела;
- подъем АД при головной боли выше 220/120;
- постоянные головные боли, не поддающиеся терапии;
- менингеальные знаки;
- наличие очаговой неврологической симптоматики;
- изменение параклинических данных: анализ крови, мочи, глазное дно, М-эхо, ЭЭГ.

После исключения симптоматической головной боли можно думать о первичной головной боли и мигрени.

Мигрень характеризуется приступообразно возникающей болью в голове пульсирующего характера, периодически повторяющейся, локализующейся чаще всего в одной половине головы, преимущественно в глазнично-лобно-височной области, сопровождающейся в большинстве случаев тошнотой, иногда рвотой, непереносимостью яркого света, громких звуков, сонливостью и вялостью после приступа. Это болезнь сосудистого происхождения. Как правило, мигрень начинается в молодом возрасте и имеет наследственное происхождение. Восемьдесят процентов детей, знакомых с приступами мигрени, получили эту болезнь по наследству.

На долю мигрени приходится 10–20–30% случаев головных болей. Распространенность мигрени у детей увеличивается с возрастом, но до двух лет встречается редко. Наблюдали приступы мигрени у детей в возрасте от 1,5 до 4 лет. При этом отмечались рецидивирующие приступы крика, бледность кожных покровов и рвота.

У девочек встречается в 2–3 раза чаще, чем у мальчиков, хотя до 11 лет мальчики и девочки одинаково страдают от мигрени. Такое же соотношение встречаются и у взрослых. По сведениям финских ученых, с возрастом распространение мигрени среди детей увеличивается. Так, если в семь лет с мигренью знакомы 2,7% детей, то в 14 лет – 10,6%.

По классификации выделяют простую мигрень (без ауры), которая встречается в 70% случаев всех мигреней, и мигрень с аурой, офтальмоплегическая мигрень, ретиальная мигрень, периодический синдром у детей.

Мигрень может проявляться не только в ее классической форме, но и в виде эквивалентов: боли в животе, конечностях, грудной клетке, циклическая рвота, пароксизмальная тахикардия, резкая смена настроения и даже лихорадка.

Дифференциально-диагностические признаки простой мигрени:

- в основном односторонняя локализация, постоянность боли непостоянна от приступа к приступу;
- боль пульсирующего характера;
- боль большой интенсивности, усиливающаяся при нагрузке, снижает активность больного;
- головная боль сопровождается тошнотой, рвотой, фото и фонофобией;
- головная боль держится от нескольких часов до нескольких дней;
- для постановки диагноза необходимо не менее 5 атак в анамнезе.

Аура – это комплекс фокальных неврологических симптомов, предшествующих приступу боли или возникающих на высоте боли. Среди вариантов ауры следует отметить: зрительные нарушения (вспышки света и мелькание фигур перед глазами и др.), чувствительные (онемение, парестезии) или двигательные (снижение силы) расстройства на одной стороне тела, нарушение экспрессивной, импрессивной речи, письма, перестановка букв в словах, вестибулярные нарушения (головокружение, атаксия, нистагм, вегетативные симптомы), слепота на один глаз, паническая мигрень (сочетание мигренозного приступа и панической атаки – страха, повышения артериального давления, пульса, гипервентиляционного синдрома и др.)

Дифференциально-диагностические признаки мигрени с аурой:

- длительность ауры не более часа;
- симптомы ауры полностью обратимы;

- приступ мигрени следует за аурой не более часа;
- для постановки диагноза необходимо 2 типичных предшествующих приступа.

В классическом варианте приступы длятся несколько часов (2–72 часа – в среднем 6 часов), после чего боль стихает, ребенок засыпает и после сна просыпается без головной боли.

У большинства людей приступы мигрени бывают нечасто, у других 1–2 раза в месяц, реже 3–4 раза в месяц.

Во время приступа дети обычно держатся за голову, иногда ложатся в постель, становятся тихими, грустными.

Взрослые, знакомые с мигренью знают предвестников приступа: мушки, мелькающие перед глазами, появление световых пятен, раздражительность. У детей помимо того, о чем уже говорилось, предвестниками могут быть повышенная потливость, изменения чувствительности кожи лица или рук, отек век, боли в животе, покраснение лица, изменение настроения, обморочное состояние. Обычно предвестники приступа у детей наблюдаются в 85% случаев, визуальная аура у 5%, парестезии у 26%. После появления головной боли помимо тошноты и рвоты, могут наблюдаться отсутствие аппетита, жидкий стул или запор.

В литературе указывается еще один вид мигрени – «паническая мигрень», когда типичный приступ мигрени сопровождается вегетативным кризом с тахикардией, чувством нехватки воздуха, страхом смерти, похолоданием конечностей, диффузным гипергидрозом, полиурией или диареей.

Паническая мигрень – самый тяжелый вариант течения мигрени.

Мигренозными эквивалентами детского возраста являются:

1. Циклическая рвота младенцев.
2. Доброкачественное пароксизмальное головокружение.
3. Абдоминальная (пароксизмальное боль в животе, рвота может сочетаться или чередоваться с типичными приступами мигрени; обследование желудочно-кишечного тракта патологии не выявляет). Дифференцируют с абдоминальной эпилепсией.
4. Синдром «Алисы в стране чудес» (нарушение восприятия с искажением пространства и времени, мозаичное зрение, ощущение «уже виденного» или «никогда не виданного») может быть до, во время, после приступа головной боли или без нее.
5. Так называемая дисфреническая мигрень (искаженная речь, иррациональное поведение, агрессивность, дезориентация, после приступа сон, амнезия (не помнит приступа)).
6. Альтернирующая гемиплегия в возрасте до 18 месяцев (приступы переходящих гемипарезов, смена сторон, отсутствие очаговых симптомов вне приступа).

Все варианты мигрени требуют дифференциальной диагностики с лабораторным и инструментальным обследованием.

Можно привести типичную историю больного мигренью. Первый приступ головных болей у девочки случился в детском саду в пятилетнем возрасте и повторялся один-два раза в месяц. Обычно после появления головной боли начиналась рвота. К семи годам приступы стали чаще – 1–2 раза в неделю, боль была пульсирующей и сосредотачивалась в правом виске. За 30 минут до появления головной боли перед глазами девочки возникали вспышки яркого света, затем немели и становились холодными руки, особенно левая. После рвоты наступало улучшение, а после сна приступ исчезал.

Следует указать на еще один вид головной боли, который в медицинской литературе называется «синдром Хортона», который встречается в юношеском возрасте очень редко, а чаще всего у молодых мужчин и в зрелом возрасте. Впервые данная форма головной боли описана в 1926 году. Клиническая картина заболевания проявляется приступами чрезвычайно интенсивных головных болей в области лица и возникающих без предвестников. Локализуются боли в области глазницы, виска, в глубине глаза, распространяются на лоб, могут иррадиировать в шею, в теменную, затылочную область, а также в челюсть. Боли носят распирающий, давящий характер, типично ощущение выпирания глаза, сопровождающееся слезотечением, заложенностью половины носа. Продолжительность приступа от нескольких десятков минут до 1–1,5 часа. Обычно возникают ночью, иногда днем – до нескольких раз. Характерным для этой формы головной боли являются периодичность, цикличность появления болевого приступа.

Что же провоцирует мигрень? Провоцирующие факторы можно разделить на эндогенные (внутренние) и экзогенные (внешние). К первым относятся усталость, физическое и эмоциональное перенапряжение, слишком долгий сон, аллергия, гормональные изменения (пубертатный период, менструация), голод. Ко вторым: пицца (шоколад, сыр, иногда цитрусовые, грецкие орехи, помидоры, салями, бекон, печень; описаны случаи, когда алкоголь, особенно красное вино, вызывал приступы мигрени; пищевые добавки (глутамат натрия, нитриты), прием некоторых лекарственных средств (эстрогены, индометацин, вазодилататоры), яркий свет, сильный шум, резкие запахи, метеорологические факторы, у кого-то телевизионная программа. Усиливают боль эмоциональное перенапряжение, физическая активность, а облегчают – сон, рвота. И что интересно – как правило дети, страдающие мигренью, обладают высокими интеллектуальными способностями, по характеру они обаятельны и замкнуты. В период полового созревания приступы мигрени могут исчезнуть, но позже они возобновляются. Следует сказать,

что в некоторых случаях даже при полном обследовании причин головных болей установить не удастся. Это так называемая головная боль неясного происхождения. Дети с таким диагнозом должны находиться под наблюдением врача и проходить специальное обследование. Если у ребенка болит голова, родители в первую очередь должны обратиться к педиатру, который при необходимости привлечет нужных специалистов. Многообразие причин головных болей (это мы постарались показать в полной мере) – убедительный довод, что самолечение при головной боли недопустимо. Назначать лечение по поводу головных болей можно только лишь тогда, когда установлена причина их возникновения. В выяснении врачом причины головной боли анамнез играет важную роль. Особое внимание уделяется эмоциональным стрессам, которые могут являться пусковым механизмом как при органических, так и функциональных заболеваниях. Но стрессовые ситуации чаще предшествуют последним.

Ребенок на приеме у врача не должен ограничиваться фразой: «У меня болит голова». Для установления причины, как это уже говорилось, для врача важно как можно полнее описать эти ощущения. После проведенного обследования врач назначает лечение. При этом важно сотрудничество врача с родителями, которые должны руководствоваться его рекомендациями.

Как уже говорилось, иногда причиной головной боли могут быть неправильно подобранные очки. Родители должны помнить об этом и обязательно консультироваться с окулистом. Если у ребенка при обследовании выявляются какие-либо отклонения со стороны органов зрения, то необходимо правильно подобрать очки, и задача родителей в последующем следить, чтобы ребенок правильно носил их и пользовался ими. Ребенку следует объяснить значение очков в обеспечении нормального зрения, внушать ему, чтобы он не обращал внимания на насмешки сверстников по поводу очков.

В профилактике и лечении головных болей функционального характера большое значение придается правильному режиму питания (голод провоцирует головные боли), распорядку дня с уменьшением различных предрасполагающих к головным болям факторов, в частности, длительного просмотра телевизионных передач; помещения, где находится ребенок, должны хорошо проветриваться.

Известно, что при просмотре телевизионных передач главная нагрузка падает не только на нервную систему, и опорно-двигательный аппарат, но и на орган зрения. Длительное нахождение перед экраном телевизора может привести к головной боли вследствие повышенной возбудимости центральных аппаратов нервной системы, ускорения мозгового кровотока, что приводит к повышению артериального давления и внутриглазного давления.

Считают, что подростки могут смотреть телевизионные передачи не более двух часов в день, дети дошкольного возраста – не более получаса, дети до 14 лет – до 1,5 часов. Детям до трех лет смотреть телепередачи не рекомендуется. Наилучший вариант, когда дети смотрят передачи не каждый день, а 2–3 раза в неделю. Соблюдение этих рекомендаций позволит избежать головных болей, связанных с неправильным просмотром телевизионных передач.

Следует обустроить рабочее место дома, наладить нормальное освещение. Иногда только такие простые меры помогают ребенку избавиться от головной боли.

Применение болеутоляющих лекарств может временно устранить боль, а устранять следует причину. Например, успешное лечение гайморита (воспаления носовых пазух) приводит к исчезновению головной боли. Но если требуется назначение болеутоляющих средств, то это должен сделать врач.

У детей младшего возраста в сочетании с астеноневротическими симптомами используют экстракт элеутерококка, настойку заманихи или лимонника в сочетании с седативными средствами – настойкой *валерианы*, *пустырника*. Курс лечения от 2-х недель до 2-х месяцев.

В отдельных случаях назначают *анальгетики*. На практике наибольшее применение нашли *парацетамол* и *нурофен*. Отличие нурофена от парацетамола состоит в том, что его действие оказывается не только на центральном уровне, но и на периферическом.

Нестероидные противовоспалительные препараты подавляют активность циклооксигеназы, стимулирующей синтез простагландинов. При лечении головной боли со спастическим компонентом применяются *миорелаксанты*, которые воздействуют на поперечнополосатую мускулатуру. Наиболее эффективными являются *баклофен*, *сирдалуд*. *Баклофен* относится к препаратам бензодиазепинового ряда, воздействует на ГАМК-эргические рецепторы. *Сирдалуд* уменьшает выброс возбуждающих аминокислот аспартата и глутамата на уровне спинного мозга, также он обладает антиноцептивным действием, усиливая активность норадренэргических антиноцептивных систем.

При сочетании ГБН с высоким уровнем тревожности используют *диазепам* по 5–10 мг на ночь (у детей старше 9 лет) или тофизапам по 25–50 мг 2 раза в сутки, курсом 1–2 месяца. При сочетании ГБН с миофасциальным синдромом лечение основного заболевания целесообразно сочетать с миорелаксантами: *баклофен* по 2,5–5 мг сутки или *тизанидин* по 2–4 мг в сутки в течение 2–4-х недель. Отмена препарата проводится постепенно.

Лечение хронической головной боли задача более сложная, но обязательным лечением является назначение *трициклических антидепрессантов*, в частности *амитриптилина*. Дозировка препарата начинается с минимальных доз, подбираемых каждые 3–4 дня, постепенно наращивая дозу и так же медленно снижая. В лечении хронической головной боли

используется комплексный подход. Наряду с медикаментозной терапией назначается немедикаментозная терапия: физиотерапия, массаж, ЛФК, психотерапия. Комплексная терапия должна быть достаточно продолжительна – не менее 4 месяцев.

При хронической боли напряжения врач может назначить психотропные препараты, миорелаксанты, вазоактивные средства. Все медикаментозные назначения врач проводит в зависимости от особенностей головной боли.

Опиоидные анальгетики применяются при сильных головных болях у детей со злокачественными новообразованиями, в послеоперационном периоде, при серьезных травмах. В основном они используются бригадами скорой помощи и в палатах интенсивной терапии и реанимации. К ним относятся *промедол*, *омнопон*, *анальгин*. Из побочных действий этих препаратов можно отметить зависимость и привыкание.

Для лечения доброкачественной внутричерепной гипертензии базовыми препаратами являются *дегидрационные* средства. Предпочтение отдается ингибиторам угольной ангидразы типа *ацетазоламида* (*диакарба*) и диуретикам, ингибирующим обратное всасывание воды в дистальных канальцах почек – *гипотиазиду* и *фуросемиду*. Во многих случаях, когда единственным проявлением заболевания является головная боль, а диуретики не дают отчетливого эффекта, рекомендуется назначать обычные средства для профилактики ангиоцефалгий. Кортикостероиды применяют при лечении довольно часто и в большинстве случаев успешно. Однако в детской практике к ним надо относиться с большой осторожностью.

Лечение мигрени должно быть комплексным и проводиться с учетом индивидуальных особенностей ребенка. Основными задачами терапии являются устранение провоцирующих факторов, купирование и профилактика мигренозных приступов.

Во время приступа мигрени ребенку необходимо создать максимальный покой, который достигается устранением слуховых и зрительных раздражителей. Иногда эффективны горчичники, прикладываемые на затылок или межлопаточную область, горячие ножные ванны. До прекращения приступа рекомендуется лежать – лучше в темной, тихой, прохладной комнате. Приложить холод на лоб, шею. Во время приступа нельзя пить кофе, чай, цитрусовый сок. Если ребенку помогает сон, то используют *тазепам*, *диазепам* внутрь однократно.

При развитии мигренозного приступа среди наиболее эффективных препаратов следует отметить *аспирин* (*ацетилсалициловая кислота*), *парацетамол*, *седалгин*, *пенталгин*, *ибупрофен*.

Выраженным сосудосуживающим действием обладают: *эрготамин гидротартрат*, *ригетамин*, *кофергот*, *тонокан* и др. Используют антагонисты серотонина: *метисергид*, *сандомиграиверапамил*, *коринфар*. Хороший эффект особенно при мигрени с аурой оказывают такие вазоактивные препараты как *кавинтон*, *винпоцетин*, *ноотропил*.

Приступы, возникающие каждую неделю, требуют медикаментозной профилактики в виде монотерапии или комплексного лечения.

Важнее всего выявить факторы, которые провоцируют приступ. Одним из основных провокаторов приступа является стресс. Считают, что около 50% всех мигреней запускаются с его помощью. Эта причина болезни обычно формируется в раннем возрасте. Комплексы, страх перед учителями могут привести к мигрени в школьном возрасте. Сильный фактор, способствующий появлению мигрени – хроническое недосыпание. Спать надо каждый день ровно столько, сколько требует организм. Но не больше того, так как излишек сна тоже может стать толчком к приступу.

Есть больные, у которых приступы вызывают все без исключения магнитные бури, а также дождь, метель, резкое колебание атмосферного давления и особенно гроза. Громкий повторяющийся звук, яркий свет и особенно сильные неприятные запахи, иногда запах чужой парфюмерии могут уложить в постель. Очередной приступ может последовать после мелькания машин, толпы. В общественных местах такой больной беззащитен и обычно он ищет уединения.

Существует большая *группа пищевых провокаторов*. Их много, но как правило, у больного он один, реже небольшая группа. Их следует вычислить. Например, это кофе, чай, какао и шоколад, продукты, содержащие *нитрат натрия* – разные колбасы, бекон. Или *глутаминат натрия* – пищевую добавку, которая может содержаться в картофельных чипсах, гамбургерах и др. *Тирамин*, запускающий приступ, содержится в красном вине, в выдержанных сырах, в пиве и даже квашеной капусте, сметане, сдобе и сладких крекерах. Очень сильные болевые приступы могут вызывать цитрусовые.

Естественно, продукты при малом употреблении особого вреда не принесут. Тем более они не оказывают действия на тех, кто не подвержен мигрени.

Следует исключить из пищевого рациона сыры (chedder, эменталь, стильтон), сельдь, шоколад, уксус (кроме белого), маринады, консервы, сметану, майонез, орехи, ореховое масло, хлеб свежей выпечки, кексы, торты, бобы, лук, инжир, цитрусовые, продукты, содержащие большие количества глутамата натрия (блюда китайской кухни), бананы, пиццу, свинину, избыточное количество чая, копченые колбасы (салями), сосиски, ветчину, куриную печень алкоголь (взрослым разрешается малое количество водки, виски или белого вина).

В межприступном периоде, помимо лечения, назначаемого врачом, ребенок должен проводить ежедневные прогулки и спать достаточно для его возраста. Если умственное напряжение является провоцирующим фактором, по возможности следует избегать его, а если это невоз-

можно (например, перед экзаменами), то профилактически необходимо давать легкие седативные средства, причем назначаются они короткими курсами. В некоторых случаях запрещаются занятия спортом, если доказано, что физический стресс является фактором, провоцирующим головную боль.

Итак, профилактика приступов мигрени заключается в устранении или хотя бы сглаживания провоцирующих факторов. В первую очередь надо уделять внимание режиму дня: продолжительный и глубокий сон, нормальное питание, с исключением тех продуктов, которые, по мнению, ребенка и родителей, вызывают приступы мигрени. Следует отрегулировать умственную и физическую нагрузку, стараться, чтобы отношения в семье были ровными и спокойными. В некоторых случаях нужна помощь семейного психотерапевта.

Школьные педагоги должны быть информированы о заболевании ребенка. Особенно это касается провоцирующих факторов приступа мигрени. Большую помощь врачу может оказать дневник, который может вести ребенок под наблюдением родителей. В дневнике отмечаются дни недели, часы появлений болей, их длительность, интенсивность, предполагаемые причины возникновения болей. К врачу надо прийти со своими наблюдениями, буквально с дневником боли. Иначе разобраться и назначить правильную тактику лечения трудно.

В заключение следует подчеркнуть, что дети, страдающие головной болью, должны находиться под постоянным наблюдением педиатра и при необходимости консультироваться у невропатолога.

СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ

Синдром хронической усталости/утомляемости, поражающий как взрослых, так и детей, вероятно является хроническим постинфекционным заболеванием. Этиология его еще окончательно не установлена, основные же проявления – непроходящая усталость, выраженная беспричинная общая слабость. Имеются данные, что причиной может являться хроническая вирусная инфекция или персистирующий вирус (вирусы), активирующиеся на фоне или приводящие к снижению сопротивляемости организма с общей астенизацией.

В популярной, а иногда и в научной литературе это заболевание называют «болезнью цивилизации», оно проходит под названием – «болезнь активных молодых людей», «синдром менеджера». В медицинский обиход термин «синдром хронической усталости» вошел сравнительно недавно, ним описывается как постоянная, так и меняющаяся комбинация симптомов.

Хотя термин и является новым, само заболевание известно давно. Во время I-й мировой войны на Британских островах была зафиксирована вспышка «синдрома военного напряжения». Среди военнослужащих было 60 000 с проявлениями синдрома, из них – 44 000 получили пенсию по инвалидности.

Впервые синдром хронической усталости был определен как состояние, поразившее американских легионеров: обратили внимание на то, что они болеют несколько необычной формой пневмонии. В связи с чем, он получил название «болезнь легионеров». Позже, в 1984 году, вспышка заболевания с аналогичными симптомами была отмечена среди жителей курортного поселка в районе озера Тахо штат Невада, пик интенсивности заболевания достиг в 1985 году

Официально синдром хронической усталости был описан в 1988 году согласительной комиссией, созданной центром Контроля за заболеваниями (Атланта, штат Джорджия, США), так как необходимы были рекомендации для постановки диагноза к тому времени уже у значительного числа пациентов с симптомами хронической усталости неизвестной природы.

Согласно Международной классификации болезней десятого перемотра, данный синдром классифицирован, как синдром утомляемос-

ти после перенесенной вирусной болезни – G93.3, кроме того, это заболевание может быть проведено по рубрике F48.0, как синдром утомляемости, или же по рубрике R53 – как недомогание и утомляемости. Между тем, ряд авторов не считают, что такая болезнь существует только в воображении отдельных коллег.

Многочисленные локальные конфликты и войны, в которые вовлечена армия, породили сходные синдромы: «афганский синдром», «синдром Персидского залива». В последнее время врачи отмечают, что количество случаев заболевания с синдромом хронической усталости значительно возросло, что связано с увеличением стрессовых нагрузок, ухудшением экологической обстановки, увеличением контактов и распространением вирусных инфекций.

В нашей стране эпидемиологические исследования по синдрому хронической усталости не проводились. В России им начали заниматься лишь в последние годы, ранее же это состояние проходило под другими названиями: астенический синдром, нейроциркуляторная дистония, миалгический энцефаломиелит. Появились данные о распространенности синдрома хронической усталости в Санкт-Петербурге, где она составляет 4,5% среди взрослого населения. Среди военнослужащих из Северо-Кавказского региона в 1998–2000 годах у 1,7% пациентов выявлен характерный для синдрома хронической усталости симптомокомплекс.

В последние 5 лет в США регистрируется до 100 новых случаев синдрома хронической усталости ежедневно.

Распространенность синдрома в Центральной Европе составляет 1–2%. Число заболевших в Англии составило 150 тыс. или 37,1 на 100 тыс. человек. Определенное представление о частоте синдрома дают результаты большого исследования проведенного в Бостоне. Согласно им, частота пациентов с синдромом хронической усталости колеблется от 1,4 до 4% (среди первичных больных). По данным австралийских исследователей на 100 тыс. населения приходится 37 больных с этим синдромом.

Заболеванию подвержены в основном люди трудоспособного возраста и женщины моложе 45 лет болеют в 3 раза чаще мужчин. По данным исследования, проведенного в Англии и основанного на анкетировании более 1000 человек, хроническое чувство усталости отметили 12% мужчин и 15% женщин. После исключения случаев соматической патологии распространенность синдрома хронической усталости составила 560 на 100 тыс. человек, а постинфекционного синдрома хронической усталости – 140 на 100 тыс. человек.

Средняя продолжительность заболевания составляет 3–7 лет.

Данных о распространенности синдрома среди детей нет. Большинство ученых считают, что синдром хронической усталости у детей млад-

ше 10 лет не встречается, возможно это связано с тем, что детям сложно поставить этот диагноз и синдром хронической усталости проходит под другими названиями. В значительной степени ситуация может быть обусловлена и тем, что педиатры в основной своей массе совершенно не осведомлены об этой проблеме.

Существует несколько гипотез причин возникновения заболевания, но наиболее популярна и разработана – вирусная теория, тем более что и дебют заболевания связан с гриппоподобными проявлениями. В ряде исследований, проведенных в 1980 году, было установлено, что большинству больных с мононуклеозом свойственен синдром хронической усталости, у этих больных были обнаружены повышенные титры антител к вирусу Эпштейн–Барра, относящихся к группе герпес-вирусов.

В 1934 году американский врач А. Evans обнаружил у больных со сходным синдрому хронической усталости симптомокомплексом бактерию *Brucella* genus, после чего долгое время больным ставился диагноз бруцеллез. Однако в других случаях у пациентов с симптомами синдрома хронической усталости не было бактериологического подтверждения и от этого диагноза отказались. Затем были выявлены маркеры герпеса 1 и 2, 6 и 7 типов, энтеровирусов, цитомегаловирусов. Не исключается возможность существования неидентифицированного вируса (вероятнее всего, из группы герпес-вирусов), в то время как другие вирусы играют вторичную роль, реактивируясь на фоне нарушений иммунного статуса и поддерживая их, так как под влиянием инфекции развивается вторичный иммунодефицит. Директор Института синдрома хронической усталости профессор Дж. Гольштейн (Калифорния, США) убежден, что синдром хронической усталости является полиэтиологическим заболеванием, в основе которого лежат нейроиммунные нарушения. Не исключается также роль наследственной предрасположенности к развитию вторичного иммунодефицита.

При синдроме хронической усталости отмечаются нейроэндокринные нарушения, усугубляющийся иммунодефицит, происходит дисбаланс в системе цитокинов. Могут развиваться реологические нарушения, проявления аллергии и псевдоаллергии. Нарушениями функционирования цитокиновой системы с преобладанием продукции провоспалительных цитокинов объясняется большинство клинических симптомов и синдромов при данном заболевании. Кроме того, выявляются аутоиммунные расстройства, которые лежат в основе сложнейшего симптомокомплекса развивающегося у таких больных.

Важным звеном патогенеза синдрома хронической усталости оказывается субкомпенсированная структурно-функциональная иммунная недостаточность. Одни авторы в иммунном статусе пациентов с синдромом хронической усталости отмечают низкий уровень активности

гуморального звена иммунитета, другими же – отмечены повышение уровня иммуноглобулинов. Имеются данные и об отсутствии отклонений в показателях иммуноглобулинов. Действительно, введение больным с этим синдромом гамма-глобулина, который стимулирует иммунную систему и подавляет вирусную инфекцию, не влияло на течение заболевания и не облегчало состояния больного. В работах Бухвальд (D. Buchwald) с коллегами отмечено достоверное увеличение уровней сывороточных маркеров воспаления и иммунной активации – С-реактивного белка, фракции комплемента С3 и неоптерина – у пациентов с синдромом хронической усталости.

При исследовании клеточного звена иммунитета выявлялись сниженные показатели Т-лимфоцитов, было показано изменение функциональных характеристик Т-лимфоцитов, у некоторых больных отмечалась полная анергия Т-клеток. У большинства больных было выявлено снижение не только уровня, но и функции естественных киллеров. Таким образом, можно сделать вывод, что для синдрома хронической усталости характерны изменение фенотипа иммунокомпетентных клеток и дисфункция естественных киллеров. Низкая активность натуральных киллеров часто является результатом генетически детерминированной аномалии иммунной системы.

Имеется и другая теория, согласно которой главная роль отводится нейropsychическим факторам с преобладанием иммунодисрегуляции. Для иммунного статуса депрессивных больных с синдромом хронической усталости характерно снижение показателей клеточного иммунитета. Предположительно иммунологические сдвиги при этом синдроме хотя бы частично могут быть обусловлены сопутствующей депрессией.

Депрессия при синдроме хронической усталости встречается значительно чаще, чем при соматических расстройствах. Ее развитие при этом состоянии объяснить сложно. Одни исследователи считают, что депрессия при этом синдроме является вторичной, возникающей в ответ на потерю трудоспособности, изменение образа жизни, другие – считают ее проявлением самой болезни, нейротропного действия вируса. Однако выраженность симптомов не достигает интенсивности, характерной для самостоятельных заболеваний, при которых избирательно поражаются звенья нейроэндокринной и иммунной системы.

Субкомпенсаторный характер носят нарушения регуляторных систем, выявляемые симптомокомплексы единичны: для центральной нервной системы – хроническая усталость, расстройства сна, ухудшение памяти и работоспособности; для вегетативной нервной системы – нейроциркуляторная дистония, дисфункция желудочно-кишечного тракта; для желез внутренней секреции – эндокринопатии; для иммунной

системы – субкомпенсированная структурно-функциональная иммунная недостаточность, являющаяся важнейшим звеном патогенеза синдрома хронической усталости.

Ни одна из существующих на текущий момент моделей развития синдрома хронической усталости не объясняет полностью патогенеза состояния. Классификации синдрома хронической усталости, как таковой, не существует. Между тем усталость может быть и физиологической, и патологической.

Физиологическая усталость проходит после сна или адекватного отдыха, она наблюдается после тяжелой нагрузки: физической – в скелетных мышцах накапливается молочная кислота и ионы аммония; умственной – нарушена центральная нервная регуляция – изменяется функциональное состояние ретикулярной формации, которая является энергетическим центром головного мозга – влияющая на активное бодрствование. При умственном утомлении замедлены процессы передачи, ухудшаются сенсорные, моторные, когнитивные функции.

Длительное утомление является итогом стресса или стрессирующего/истощающего по продолжительности воздействия на организм, в результате чего нарушаются функции вегетативной нервной системы, эндокринной и иммунной – патологическая/запредельная для адаптационных резервов организма усталость.

Хронической называется усталость, которая длится 6 и более месяцев, та же которая длится более 1 месяца – считается продолжительной усталостью. В зависимости от диагностических критериев, синдром хронической усталости может быть полным или неполным.

Для постановки диагноза «синдром хронической усталости» используется комплекс больших и малых критериев, опубликованных Центром контроля за заболеваниями (США) в 1988 году:

1) Большие диагностические критерии:

- постоянная усталость и снижение работоспособности более чем на 50% в течение 6 месяцев и более без существенного улучшения, не исчезающая при назначении постельного режима;
- отсутствие соматических и психических заболеваний, которые могут вызвать такое состояние.

2) Малые диагностические критерии:

- субфебрилитет;
- рецидивирующий фарингит;
- увеличение и болезненность шейных и подмышечных лимфоузлов;
- мышечная слабость;
- миалгии;
- длительная слабость после физических упражнений;
- рецидивирующие цефалгии;

- артралгии;
- психологические жалобы (чувствительность к яркому свету, забывчивость, неспособность концентрироваться, повышенная раздражительность, депрессия);
- нарушения сна (сонливость или бессонница);
- внезапный приступ комплекса симптомов.

Для постановки диагноза необходимо наличие обоих больших критериев и 8 из 11 малых критериев.

По данным упомянутого Центра, только четверть заболевших, исходя из приведенных критериев, отвечает всем позициям, в 15% случаев — заболевание отвечает только основным критериям (неполный синдром хронической усталости). В зависимости от ведущего симптома выделены 3 типа:

- усталость физическая, ощутимая как мышечная слабость;
- чувство утомления при малейшей физической нагрузке, сопровождающееся вегетативными признаками истощения;
- чувство истощения, переживаемое как эмоциональное утомление.

Приведенные диагностические критерии не в полной мере приемлемы для детей. Характерная для взрослых усталость у детей встречается не всегда, так как они легче приспосабливаются к ограничению активности. Еще труднее диагностировать усталость и снижение физической активности, депрессивные и соматические расстройства у детей в возрасте до 10 лет. Собственно, внятная самооценка своего состояния для детей этого возраста затруднена, а взрослые, оценивая их поведение (с позиций активности), подспудно сравнивают их исключительно с собой, а не со здоровыми их сверстниками, и не склонны драматизировать ситуацию, а это — в корне неверно, так как, в отличие от взрослых, детям в данной возрастной период свойственна гораздо более высокая физическая активность, потребность в смене ее форм и быстрая утомляемость от необходимого/вынужденного образа жизни чего бы то ни было. Активность и подвижность — свидетельство избытка энергии, обеспечивающего нормальный рост и развитие ребенка, — основной показатель его нормального состояния. Спокойный, «как взрослый», ребенок должен настораживать.

Высокая частота инфекционных респираторных заболеваний с лихорадкой, фарингитом и лимфаденопатией также делают приведенные критерии не вполне надежными для детского возраста, что обуславливает необходимость проведения тщательной дифференциальной диагностики.

Особенностью синдрома хронической усталости у детей является его внезапное начало по типу инфекционного заболевания, отмечается повышенная температура, ночное потоотделение, заметное увеличение лимфатических желез. Как правило, такие дети наблюдаются с рес-

респираторной вирусной инфекцией. Необъяснимая усталость и другие психоэмоциональные симптомы развиваются постепенно и незаметно, и осознаются как самодовлеющие лишь спустя какое-то, порой достаточно длительное, время.

Одним из ярких проявлений синдрома хронической усталости является депрессия, которая встречается при этом состоянии значительно чаще, чем при большинстве других соматических заболеваний, и выражена значительно сильнее, чем у больных с хронической органической патологией. Большинство детей и подростков с синдромом хронической усталости – депрессией, в общепринятом смысле этого слова, не страдают, но они подвергаются и подвержены психологическому стрессу в большей степени, чем их сверстники. При этом многим из них свойственен высокий интеллект. Необходимо помнить, что под маской сопутствующей синдрому хронической усталости депрессии могут скрываться больные с истинными психическими заболеваниями. Кроме усталости и депрессии больные часто жалуются на нарушение концентрации внимания, забывчивость, трудности в принятии решения и в восприятии новой информации, раздражительность. Возникают проблемы с учебой, развивается социальная дезадаптация.

Часто отмечают расстройства сна, что способствует развитию и нарастанию усталости. Сон, как правило, неэффективен, больные часто просыпаются ночью. Сон не приносит отдыха – эта жалоба является общей практически для всех больных. В некоторых случаях во время сна наблюдаются случаи апноэ или нарколепсия. Нарушение медленного сна – более типично.

Известно, что прерывистый сон имеет этиологическое значение при фибромиалгии. Помимо усталости, наиболее частыми жалобами являются головная боль, боль в горле, мышцах (диффузные или локальные, иногда с судорогами) и артралгии.

У многих больных отмечают сердечно-сосудистые и респираторные нарушения, что является причиной плохих показателей при выполнении ими физических упражнений. Низкое кровяное давление, наблюдаемое у больных, связывалось с симптомом усталости. У больных с синдромом хронической усталости обнаруживается ортостатическая гипотензия. Она действительно может быть причиной усталости, но также может быть результатом пониженной активности надпочечников или щитовидной железы, а также снижения физической активности как таковой.

Несмотря на то, что приступы паники характерны для пациентов с синдромом хронической усталости, лишь немногие из них имеют биохимически подтвержденную гипервентиляцию.

Больным с синдромом хронической усталости и фибромиалгией присущи низкие уровни кортизола, ненормальная адреналиновая реакция на стресс и напряжение в отличие от депрессивных расстройств, при которых уровни кортизола обычно повышены.

Дифференциальную диагностику необходимо проводить с рядом инфекционных, эндокринных и нервно-психических заболеваний:

- при преобладании в клинике воспалительных симптомов исключаются хронические гепатиты, онкологические заболевания, воспалительные заболевания внутренних органов, внутриклеточные инфекции (мазок из зева на внутриклеточные возбудители, определение антител к хламидиям, микоплазмам, к вирусам герпеса, Эпштейна-Барра, гепатита);
- при выраженных миалгиях и артралгиях дифференциальная диагностика проводится с ревматическими заболеваниями, в том числе с первичной ювенильной фибромиалгией – заболеванием, установленным относительно недавно (анализ крови, ревмопробы, протеинограмма, антиядерные и другие антитела, являющихся маркерами диффузных заболеваний соединительных тканей);
- учитывая важную роль иммунологических нарушений в патогенезе синдрома хронической усталости, показано исследование иммунограммы, в первую очередь клеточного звена иммунитета. Может выявляться снижение супрессоров, киллеров и снижение их функциональной активности. У половины больных отмечается дефицит иммуноглобулина G. Таких больных надо обследовать и на ВИЧ-инфекцию;
- при наличии слабости, сонливости, чувства зябкости, сухости кожи, волос, увеличения массы тела, отеков необходимо исключить гипотиреоз, при снижении массы тела, гиперпигментации кожи и артериальной гипотензии надо исключать хроническую надпочечниковую недостаточность. При гипокортицизме могут быть боли в животе, неустойчивый стул, повышенная потребность к поваренной соли;
- при преобладании в клинической картине психологических проблем необходимо исключать психические заболевания (шизофрения любого типа, маниакальные нарушения, нервная булимия, алкогольная, медикаментозная или наркотическая зависимость) с этой целью показана консультация психолога, в ряде случаев психиатра, по показаниям проводится компьютерная или резонансная томография головного мозга, ЭЭГ для исключения органического поражения ЦНС и ПНС.

Показаниями к консультациям других специалистов являются: при головных болях – консультация окулиста, при наличии фарингита – отоларинголога, при наличии длительной лихорадки, пототделения и

лимфаденопатии – осмотр инфекциониста и фтизиатра, при респираторных изменениях и изменениях на рентгенограммах грудной клетки, положительной пробе Манту – консультация пульмонолога/фтизиатра, при сердечно-сосудистых изменениях, артралгиях и миалгиях – осмотр кардиолога, при диффузной гиперпигментации кожных покровов, пристрастии к соленой пище, изменениях щитовидной железы, гормонального профиля – осмотр эндокринолога, при изменениях в клиническом анализе крови – гематолога, при болях в животе – осмотр гастроэнтеролога, при нарушениях сна – психоневролога, при изменениях в иммунологическом анализе крови – консультация иммунолога, при наличии различных фобий (особенно школофобии) – обязательно – психолога.

ЛЕЧЕНИЕ

Существующие к настоящему времени стандарты обследования и лечения больных с различными заболеваниями не охватывают больных с синдромом хронической усталости. Этиотропная терапия не разработана, так как до настоящего времени не выяснена причина возникновения синдрома хронической усталости. Лечение должно быть комбинированным и охватывать все известные, подтвержденные у конкретного пациента, звенья патогенеза. В основном оно сводится к купированию наиболее выраженных симптомов заболевания, коррекции выявленных иммунологических нарушений. В зависимости от выраженности симптомов и тяжести синдрома хронической усталости лечение может осуществляться как стационарно, так и в амбулаторных условиях.

При составлении плана лечения и реабилитации необходимо обсуждение его с пациентом и близкими, поскольку эффективное лечение возможно лишь при их активном участии. Если сведения о значении инфекции, иммунной дисфункции в развитии синдрома хронической усталости и необходимости применения противовирусных, антимикробных и иммуностропных препаратов воспринимаются родителями, как правило, без особых возражений, то попытки врача объяснить роль депрессии и назначить антидепрессанты чаще всего вызывают негативную реакцию и к этому надо быть готовым.

Программа лечения и реабилитации включает в себя комплексную медикаментозную и немедикаментозную терапию. Большое значение имеет соблюдение охранительного режима, необходимо уделять внимание адекватным состоянию и потребности ребенка в отдыхе, сне. Важную роль играет полноценное сбалансированное, усиленное, как для больных хроников, питание, основу которого составляет оптимальное соотношение белков и углеводов. Какие-либо ограничительные диеты нецелесообразны. Учитывая широкое распространение полигиповитамино-

зов у детей в нашей стране, включая витамин С, показаны поливитаминовые комплексы терапевтическим курсом с добавлением аскорбиновой кислоты до суточной нормы.

Рекомендуется воздержаться от употребления продуктов, содержащих повышенное количество соли, сахара, жиров. При составлении рациона питания необходимо уделять внимание продуктам с высоким содержанием антиоксидантов (витамины С и Е, бета-каротин) и микроэлементов (магний, цинк, селен, молибден). В целях оптимизации энергетического баланса целесообразно назначение препаратов коэнзима Q₁₀ и L-карнитина. Хороший клинический эффект отмечен при использовании эссенциальных жирных кислот.

Учитывая, что основными жалобами у больных являются слабость, повышенная утомляемость, усталость, соответственно и двигательная активность этих больных резко снижена, – в режим дня должны вводиться умеренные дозированные физические нагрузки, которые будут помогать поддерживать мышечный тонус, улучшать функциональное состояние сердечно-сосудистой, дыхательной и пищеварительной систем.

Комплекс физических упражнений необходимо выполнять ежедневно, с увеличением нагрузки от занятия к занятию очень постепенно, так как чрезмерные нагрузки могут усилить проявления синдрома хронической усталости. Например, прогулки по ровной дороге с 10–15 мин. нужно увеличивать постепенно до 1-го часа, после чего можно начать подниматься на небольшие горки, ходьбу по лестнице. Особенно рекомендованы плавание и упражнения в воде, которые хорошо переносятся больными.

Для увеличения общих адаптационных возможностей организма, помимо поливитаминовых препаратов с добавлением витамина С, применяются растительные биостимуляторы, адаптогены, гомеопатические средства. Для уменьшения усталости можно использовать элеутерококк, женьшень, лимонник китайский, зверобой продырявленный.

Элеутерококк повышает способность организма противостоять неблагоприятным факторам внешней среды, увеличивает физическую и умственную работоспособность, обеспечивает адекватный ответ на стрессирующие воздействия и на физические нагрузки. Он улучшает самочувствие пациентов, страдающих психологическими отклонениями, включая бессонницу, ипохондрию, депрессию. Применение элеутерококка повышает содержание биогенных аминов в мозге, надпочечниках. Его экстракт также оказывает благоприятный эффект на иммунитет, наиболее заметно его влияние на Т-лимфоциты и повышение активности натуральных киллеров. Экстракт элеутерококка назначается по 1–2 капле на год жизни 3 раза в день за 30 минут до еды курсом 1–2 месяца с 2 недельным перерывом.

Самое известное растение Дальнего Востока, широко используемое в традиционной медицине Китая и Кореи – женьшень (панакс). Прием его препаратов повышает работоспособность и снижает усталость, снимает проявления и способен предотвращать переутомление, он обладает антистрессовым воздействием, усиливает иммунные функции, включая фагоцитоз, выработку интерферона, активность макрофагов. Назначается аналогично элеутерококку.

Если первые два фитопрепарата являются все-таки не столько адаптогенами, сколько стимуляторами то китайский лимонник является единственным в приведенном ряду, реальным адаптогеном (повышающим сниженные и снижающим повышенные функции систем организма). Растение произрастает у нас в диком виде Приамурье и хорошо адаптируется в средней полосе России, может с легкостью выращиваться на приусадебных участках. Принцип применения его аналогичен элеутерококку и женьшеню.

Зверобой продырявленный (гелариум гиперикум) – широко используемое в России лекарственное растение. Прием его препарата улучшает настроение и снимает депрессию. У детей старше 12 лет применяется внутрь в виде драже во время еды, не разжевывая, запивая жидкостью по 1 драже 3 раза в день в течение 1 месяца. Зверобой также улучшает качество сна, он эффективен как против бессонницы, так и против повышенной сонливости. Считается, что зверобой при депрессии более эффективен, чем антидепрессанты, включая элавил и трофинил.

Гипотеза о вирусном происхождении синдрома хронической усталости послужила основанием для применения ацикловира, однако доктор Штраус в 1989 году опубликовал данные о неэффективности применения данного препарата при синдроме хронической усталости: ацикловир, как противовирусный препарат, проверялся в нескольких исследованиях, но никакой достоверной разницы в эффективности по сравнению с плацебо не было выявлено. Д. Джонс, иммунолог из Денверского национального центра, согласен, что ацикловир не может быть использован при синдроме хронической усталости.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

Назначаются, при выявлении внутриклеточной инфекции, *азитромицин (сумамед)* в дозе 10 мг/кг 1 раз в день в течение 3 дней, *мидекамицин (макропен)* суточная доза составляет 30–50 мг/кг в 2–3 приема в течение 7–14 дней, *рокситромицин (рулид)* 5–8 мг/кг в 2 приема в течение 7–10 дней, *спирамицин (ровамицин)* 1,5–3 млн. ед. на 10 кг в 2–3 приема перорально в течение 7–10 дней, вильпрафен назначается в виде суспензии в суточной дозе 30–50 мг/кг массы тела в 3 приема. Однако убедительных данных эффективности этой целенаправленной терапии также не имеется.

Медикаментозная терапия применяется для облегчения таких симптомов, как депрессия, нарушение сна, тревога, беспокойство, миалгии. Клиническое сходство синдрома хронической усталости с типичной депрессией дало основание рекомендовать антидепрессанты. Небольшие их дозы уменьшают утомляемость, улучшают сон, уменьшают фибромиалгии.

Среди антидепрессантов предпочтение отдается ингибиторам обратного нейронального захвата серотонина (*амитриптилин*). Детям 7–14 лет амитриптилин назначается по 12,5–25 мг. Лучше назначать его за 2–5 часов перед отходом ко сну, чтобы избежать седативного действия на следующий день. При нарушениях сна используются препараты бензодиазепинов: *оксазепам (тазепам)*, *нитрозепам (радедорм)*. Разовая доза *оксазепама* составляет 0,0025–0,01 мг, *нитрозепама* – 0,005 мг. Для лечения тревоги, беспокойства назначают алпрозолам. Антидепрессанты обладают также и миорелаксирующим действием, поэтому они назначаются и при миалгическом синдроме.

При выраженных миалгиях, артралгиях показано назначение нестероидных противовоспалительных препаратов: *диклофенак (вольтарен, ортофен)*. Аспирин у детей не назначается из-за опасности развития синдрома Рейе, применяются *парацетамол, ибупрофен (нурофен), немесулид (найз, нимесил)*. При иммунных нарушениях, в зависимости от показателей иммунограммы, назначается иммунотропная терапия с использованием активаторов Т-лимфоцитов (*тимоген, тималин, иммунофан, ликопид, неовир, изопринозин, полиоксидоний*), препаратов б-2-интерферона или индукторов синтеза интерферона (*виферон, гриппферон, циклоферон, амиксин*), иммунокорректоры бактериальной природы. Полиоксидоний оказывает прямое действие на фагоциты и естественные киллеры, стимулирует антителообразование. Препарат назначается ректально из расчета 100–200 мкг/кг 1 раз в сутки №10 по схеме на 1, 2, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17 дни лечения. Внутримышечно препарат вводится из расчета 100–150 мкг/кг 1 раз в день № 5–7 через 2–3 дня.

Тималин активирует систему Т-лимфоцитов, нормализует соотношение Т- и В-лимфоцитов, их субпопуляций, реакции клеточного иммунитета, усиливает фагоцитоз. Препарат вводится внутримышечно ежедневно детям 7–14 лет по 3–5 мг.

Ликопид увеличивает цитотоксический эффект макрофагов за счет повышения активности лизосомальных ферментов и продукции активных форм кислорода. Благодаря усилению синтеза противовоспалительных цитокинов препарат повышает эффективность фагоцитоза, способствует активации, пролиферации и дифференциации Т- и В-лимфоцитов. Кроме того, ликопид увеличивает синтез колониестимулирующих факторов, что приводит к стимуляции лейкопоэза. Препарат назначается в дозе 1 мг 3 раза в день в течение 10 дней.

Изопринозин стимулирует биохимические процессы в макрофагах, увеличивает продукцию интерлейкинов и антител, усиливает пролиферацию Т-лимфоцитов, Т-хелперов, естественных киллеров, стимулирует хемотоксическую и фагоцитарную активность моноцитов, макрофагов и полиморфноядерных клеток, подавляет репликацию вирусов. Суточная доза для детей

составляет 50–100 мг/кг в 3–4 приема перорально в течение 5–10 дней. Противопоказаниями для применения препаратов являются нарушения ритма сердца и мочекаменная болезнь.

Амиксин, стимулирующий образование в организме б-в-г-интерферонов, назначается детям старше 7 лет по 0,06 г 1 раз в день на 1-й, 2-й, 4-й и 6-й дни от начала курса.

При преобладании психоэмоциональных отклонений проводится психотерапия, музыкотерапия, аутогенная тренировка. Доказана эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии, которая предусматривает изменение отношения пациента к болезни, повышает его активность, помогает решать проблемы общения, формировать позитивную самооценку. В ряде случаев применяется семейная и психодинамическая терапия. Обязательным условием эффективности психотерапии являются понимание больным ее необходимости, участие опытного детского психотерапевта и адекватная продолжительность.

Следует отметить, что как психический, так и физический стресс могут ухудшить состояние больного, поэтому, по возможности, следует избегать физических и умственных перегрузок. В этом плане представляет интерес субфебрилитет, который может сопровождать синдром хронической усталости. Он относится к физическому стрессу. Для его устранения применяется гипноз, иглорефлексотерапия или бромистый натрий – препарат, который нормализует нарушенный теплообмен. Кроме того, в этом плане заслуживает внимания синдром раздраженного кишечника, когда у пациента имеются жалобы соматического характера, но признаки заболевания найти не удается. Эту группу заболеваний относят к соматоформным расстройствам, заслужившим звание «клинической головоломки».

В лечении больных с синдромом хронической усталости помимо педиатров должны принимать участие психологи, психотерапевты. Заметного улучшения состояние пациентов с особо продолжительными, за давностью заболевания, нарушениями функций и/или плохой реакцией на лечение, можно достичь посредством регулярных, а, возможно, и частых поддерживающих курсов психотерапии, которые способны уменьшить последствия негативного ятрогенного воздействия большого числа мало результативных обследований и продолжительного неэффективного лечения. Учитывая сопутствующую психосоциальную дезадаптацию и изменение качества жизни этих детей, лечебные мероприятия должны быть направлены на устранение и этих последствий синдрома хронической усталости.

Для окончательного решения вопроса о причинах возникновения, лечения и профилактики требуются объединенные усилия различных специалистов: эпидемиологов, специалистов фундаментальной науки, педиатров, психологов, психиатров и др.

ИСХОДЫ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ

Любое длительное хроническое заболевание ребенка отражается на его физическом и психическом развитии. Синдром хронической усталости в юношеском возрасте более опасен, чем у взрослых, так как болезнь негативно отражается на психоэмоциональном статусе ребенка и снижает его социализацию. Дети с синдромом хронической усталости испытывают на себе негативные последствия вынужденной изоляции от сверстников, и им особенно нужна поддержка со стороны врачей, членов семьи и друзей. В силу обстоятельств, такие дети преимущественно общаются с родителями, что интерпретируется психологами как гиперопека. Больше всего следует опасаться появления суицидальных мыслей. Прогноз у детей с высокой продолжительностью нарушений, по причине ли затянувшейся диагностики или низкой эффективности лечения, может быть улучшен посредством регулярного проведения сочетанных медикаментозных и немедикаментозных поддерживающих курсов, в том числе направленных на уменьшение негативных последствий ятрогенных воздействий. Правильное и терпимое отношение со стороны медиков, учителей, родных и сверстников улучшает эмоциональное состояние ребенка и смягчает, снижает выраженность симптомов синдрома хронической усталости.

Соматические исходы синдрома хронической усталости в большинстве случаев благоприятные. Отмечается улучшение состояния. Но заболевание, как правило, носит затяжной волнообразный характер с серьезными функциональными нарушениями.

ПЕРВИЧНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Старинная русская поговорка гласит: «Смолоду прорешка, под старость дыра». Это можно отнести и к повышенному артериальному давлению (АД) у ребенка, а в последующем гипертонической болезни у взрослого, так как истоки гипертонической болезни взрослых следует искать в детском и подростковом возрасте, когда формируются нейрогенные и гуморальные механизмы регуляции сердечно-сосудистой системы и артериального давления.

Выявление повышенного АД со всеми последствиями стало возможным благодаря сотруднику Военно-медицинской академии Н. С. Короткову, который в 1905 году предложил метод измерения кровяного давления при помощи аппарата Рива-Роччи. Этот метод распространился по всему миру. В настоящее время давление измеряется не только в больницах, поликлиниках, но и во многих семьях, которые имеют аппарат для измерения АД.

Проблема гипертонической болезни приобрела в настоящее время огромное значение. Интересно, что повышенное давление у ребенка особого волнения у родителей не вызывает. Обычно они неохотно идут со своим ребенком на прием к педиатру. Ребенок особых жалоб не предъявляет, страха, как например, при повышенной температуре, нет, и хлопот нет. К тому же многие годы считалось, что повышенное артериальное давление — это прерогатива взрослых. И лишь в последние годы, когда ученые-педиатры провели массовые измерения артериального давления среди детей в различных регионах нашей страны, было установлено, что у многих из них артериальное давление или повышено, или понижено. Было высказано мнение, что истоки гипертонической болезни взрослых лежат в детском возрасте.

Проблема гипертонической болезни приобрела в настоящее время исключительную значимость в связи с распространенностью этого заболевания во всех странах, как среди взрослых, так и среди детей и подростков. У детей заболевание именуется «артериальной гипертензией» (АГ), в основном первичной, так как вторичная (симптоматическая) гипертензия встречается довольно редко — менее чем 0,1%. При вторичной АГ давление обычно регистрируется около 180/120 мм рт. столба, и причи-

ной ее чаще всего являются эндокринные, почечные или сердечно-сосудистые заболевания.

Повышенное артериальное давление у взрослых в возрасте от 18 до 74 лет наблюдается в США у 30% лиц. Это значит, что каждый шестой американец страдает АГ. В нашей стране в молодом возрасте (18–30 лет) повышенное артериальное давление регистрируется у каждого пятого.

Следует отметить, что гипертоническая болезнь у взрослых является главной причиной не только заболеваемости, но и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Она является у взрослых фактором риска для ишемической болезни сердца, инсульта, атеросклероза, недостаточности сердечной деятельности.

Учитывая то, что гипертоническая болезнь взрослых часто приводит к атеросклерозу и опасным для жизни осложнениям – кровоизлиянию в мозг (инсульту), сердечной и почечной недостаточности с последующей инвалидностью, не вызывает сомнений, что лечение повышенного артериального давления должно проводиться обязательно и как можно раньше, т. е. в детском возрасте. Уже неоспоримо доказано, что гипертоническая болезнь взрослых берет свое начало в детском и юношеском возрасте. Поэтому врачи рекомендуют начинать профилактику гипертонической болезни именно в детском и юношеском возрасте.

В последние годы были проведены эпидемиологические исследования – массовые измерения артериального давления по единой методике у детей и подростков, и у значительного процента из них выявлен повышенный уровень артериального давления (от 4,8 до 14,3%).

Повышенное артериальное давление у детей, если они не предъявляют никаких жалоб, в большинстве случаев выявляется случайно во время профилактических медицинских осмотров. И только в 1/5 случаев – при обращении к врачу с жалобами на головные боли. При этом необходимо знать нормы артериального давления в зависимости от возраста и пола обследуемых.

В настоящее время для оценки повышенного артериального давления используется так называемый процентильный метод, который рекомендуется Всемирной организацией здравоохранения в качестве единственно возможного метода для сравнения данных, полученных в различных странах. Артериальное давление считается повышенным, если значения систолического (верхнего) или диастолического АД (нижнего) превышает уровень 95% отрезной точки кривой распределения этих показателей в популяции. Далее мы приводим (см. стр. 164–166) одни из последних нормативов артериального давления, дифференцированных в зависимости от физического развития в возрастно-половых группах, разработанных на основе комплексного обследования школьников в США и опубликованных в 1996 году.

Чтобы родители могли практически пользоваться таблицами, с помощью которых можно установить нормальное ли артериальное давление у ребенка, приведем пример. *Девочка 11 лет, рост 140 см. По таблице роста она входит в графу 25 перцентиля. Теперь по таблице уровня артериального давления: возраст 11 лет, 25 перцентиль, мы находим, что нормальный уровень артериального давления будет 116 мм рт. столба – систолическое и 75 мм рт. столба – диастолическое. Значения выше свидетельствуют о повышенном артериальном давлении.*

Считают, что АГ является полиэтиологическим заболеванием: в одних случаях причиной, способствующей возникновению гипертензии, могут быть различные психотравмы, перенапряжение нервной системы, т. е. неврогенная сущность гипертензии не вызывает сомнений (так в годы войн и стихийных бедствий гипертоническая болезнь приобретает значительное распространение), в других – наследственная предрасположенность, а в-третьих – аллергические воздействия.

Доказано, что основными социально-гигиеническими факторами повышения АД являются те, которые приводят к конфликтным, стрессовым ситуациям (внутрисемейные отношения) и служат источником хронического эмоционального перенапряжения. Среди других психосоциальных факторов важное значение придается особенностям личности, в частности, имеет значение тип реагирования на стрессовую ситуацию. У лиц с невротическими чертами, как правило, наблюдаются выраженные изменения в кровообращении. Это характерно и для взрослых, и для подростков.

Изучая личностные особенности подростков с первичной артериальной гипертензией, врачи установили также значительное преобладание акцентуаций характера. Это предполагает то, что в комплексном лечении первичной артериальной гипертензии у детей и подростков наряду с соответствующим лечением должны занять должное место воспитательно-педагогические меры и психотерапия. На последних более подробно мы остановимся ниже.

Выявлены неблагоприятные показатели функционального состояния сердечно-сосудистой системы, в частности артериального давления, у школьников профилированных школ (математических, языковых), что дает основание предположить влияние повышенной умственной нагрузки.

Есть еще один момент, который всегда следует учитывать при определении будущего подростка с повышенным артериальным давлением. Это наследственная предрасположенность к гипертензии. Использование методов генетического анализа дало возможность доказать, что первичная артериальная гипертензия у детей и подростков является болезнью наследственного предрасположения. Так, наследственная пред-

расположенность по гипертонической болезни (больны мать, отец или они оба) была установлена у половины обследованных подростков. Если учитывать при этом гипертензию и другие сосудистые заболевания у дедушек и бабушек, то процент наследственной отягощенности возрастает до 60–70%. Нельзя полностью исключать влияния очагов хронической инфекции (чаще всего в миндалинах) на сердечно-сосудистую систему в сторону повышения ее реактивности к различным факторам внешней среды. А это может быть дополнительным фактором повышения давления.

Среди факторов, способствующих повышению артериального давления у детей и подростков, в первую очередь следует отметить постоянную или периодическую аффективную напряженность на фоне гормональной перестройки в подростковом возрасте. Известно, что в период интенсивного роста и полового созревания ребенка происходит превышение уровня нервных воздействий на организм с последующим повышением сосудистого тонуса и периферического сосудистого сопротивления. Повторяющиеся нервные перенапряжения в сочетании со сниженной двигательной активностью (гиподинамией) способствуют превышению функционального уровня центральной нервной системы и сердечно-сосудистой системы. Вообще, гиподинамия – фактор, предрасполагающий ко многим болезням, а к повышению артериального давления у детей и подростков – в большей степени. Сниженная двигательная активность, как известно, зачастую ведет к ожирению. А при ожирении учащаются случаи сердечно-сосудистых заболеваний. Между ожирением у детей и величиной артериального давления наблюдается отчетливая прямая связь.

Если обратиться к медицинской литературе, то можно обратить внимание на то, что для обозначения данного заболевания используются различные термины: «транзиторная гипертензия», «вегетососудистая дистония по гипертоническому типу», «нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу», «пограничная гипертензия» и ряд других. Все это синонимы, но чаще всего используется термин «первичная артериальная гипертензия». Первичная артериальная гипертензия не является болезнью в буквальном смысле слова. Но при ней происходят те сложные сдвиги в регуляции уровня артериального давления, которые, стабилизируясь, в будущем могут сформировать клиническую картину гипертонической болезни. К счастью, такой переход не является фатально неизбежным – во многих случаях прогрессирование процесса не происходит и через 2–3 года может наступить выздоровление.

Как показывают длительные наблюдения педиатров, при естественном течении (без лечения) АГ давление нормализуется только у 1/3 детей. У остальных давление остается повышенным, у некоторых боль-

ных наступает прогрессирование заболевания. В других исследованиях над группами подростков было установлено, что в половине случаев на протяжении длительного периода времени давление сохраняется повышенным, у около трети – наблюдается постепенное ухудшение в течение заболевания. К таким выводам приходят и чешские врачи при более чем 20-летнем наблюдении. По их данным, дальнейшее развитие артериальной гипертензии наблюдается у трети лиц с выявленным повышенным давлением в юношеском возрасте. Следовательно, прогнозировать исход заболевания очень трудно, а то и просто невозможно – нельзя же предсказать, как в дальнейшем сложится судьба человека, какие жизненные трудности ему придется преодолеть и с какими негативными явлениями социального плана он будет сталкиваться в будущем.

У детей и подростков с непостоянным повышением давления (в начальной стадии артериальной гипертензии), как правило, жалоб не бывает. Однако по мере развертывания клинической картины частота жалоб может нарастать. Обычно, как уже говорилось, повышенное давление обнаруживается при случайном осмотре у врача или при диспансерном наблюдении. Если жалобы бывают, то в основном носят невротический характер и не отличаются постоянством. Приблизительно у 13–15% детей и подростков отмечаются шум в голове и головокружение, последнее проявляется кратковременной потерей равновесия, потемнением в глазах при быстрой перемене положения тела или ощущением потери ориентировки в пространстве. Значительно чаще отмечаются головные боли независимо от степени развития гипертензии, различной локализации и степени выраженности (приблизительно 20–30–40%). Они обычно возникают во второй половине дня или в вечерние часы после занятий в школе или после приготовления уроков. Интересно, что в каникулярное время головных болей не бывает.

Локализация головных болей чаще всего ограничивается лобной или височной частью головы, реже в более поздней стадии заболевания – в затылочной. Головные боли носят различный характер (тупой, давящий, стягивающий), порой достигают большой интенсивности, снижая работоспособность школьника. Обычно, но не всегда, интенсивность головных болей коррелирует с уровнем артериального давления.

Помимо головных болей, у детей и подростков с повышенным артериальным давлением могут наблюдаться самые разнообразные болевые ощущения в области сердца. Они характеризуются чаще всего покалыванием различной интенсивности в области соска, сжиманием или давлением вплоть до схваткообразных болей.

Часто боли появляются без видимых причин, продолжают в течение 30–60 минут и более, усиливаясь и ослабевая, а затем исчезают без всякого лечения. Иногда они усиливаются или провоцируются при

волнении, переживании, после отрицательных эмоций. Обследование, включая электрокардиограмму, как правило, никакого заболевания сердца не обнаруживает, и неврогенная природа таких кардиальных болей сомнений не вызывает.

Дети и подростки с первичной артериальной гипертензией обычно плохо переносят жару, в душном и жарком помещении у них может наступить обморочное состояние. Большинство из них относятся к метеопатам, т. е. к лицам, чувствительным к перемене погоды. Повышенная раздражительность, психоэмоциональная лабильность, различные симптомы вегетативной дисфункции наблюдаются у них столь же часто, как и при других функциональных заболеваниях неврогенного происхождения. Многие дети и подростки жалуются на нарушения сна, которые характеризуются трудностью засыпания и меньшей его продолжительностью. Сон обычно поверхностный, прерывистый, после сна нет ощущения полноценного отдыха. В дневное время отмечается сонливость.

Патогенетические механизмы артериальной гипертензии были детально изучены Х. Марковым и его сотрудниками в течение ряда лет. По их мнению, первичная АГ у детей и подростков по существу является болезнью регуляции. Это проявляется нарушением активности и взаимодействия между нейрогуморальными системами регуляции АД, а также развивающимися по мере прогрессирования гипертензии структурными изменениями сосудов, мембранными и другими нарушениями их клеток, с одной стороны, и ростом АД – с другой. При соответствующих условиях все это ведет к формированию усиливающих друг друга взаимодействий, что обуславливает, в конечном счете, преобладание прессорных механизмов и развитие артериальной гипертензии.

Особое место при ПАГ занимают изменения трансмембранных потоков ионов, таких как натрий, калий и особенно кальций, в отношении которых установлена повышенная проницаемость поверхности мембраны клеток. Имеет место также пониженное связывание кальция саркоплазматическим ретикулумом. И то и другое приводит к повышенному уровню внутриклеточного ионизированного кальция, активности контрактильного аппарата мышечных клеток сосудов и сердца.

Изучение центральной и периферической гемодинамики выявило, что наиболее характерным для ПАГ у детей и подростков при начальной стадии заболевания является гиперкинетический тип циркуляции.

В патогенезе ранней стадии ПАГ с гиперкинетическим типом циркуляции ключевую роль играет активация симпатoadреналовой системы.

Существует несколько классификаций первичной артериальной гипертензии у детей и подростков. Две из которых получили наибольшее распространение среди практикующих врачей. Одна из них разработана Е. А. Надеждиной с соавт. На основе классификации А. Л. Мяс-

никова (1952) с подразделением стадий заболевания еще на две фазы (А и Б), вторая предложена И. В. Леонтьевой с соавторами.

В первой классификации выделение фазы А в 1 стадии позволяет привлечь внимание педиатров к так называемому «функциональному нарушению» – предгипертоническому состоянию. Это обязывает педиатров в начальной стадии заболевания проводить весь комплекс немедикаментозного лечения для предотвращения его прогрессирования. При первичной артериальной гипертензии 1А стадии наблюдается умеренное и непостоянное повышение систолического, бокового и пульсового артериального давления. Жалобы неспецифичны и свидетельствуют о невротических расстройствах. Эхокардиография у одной трети больных регистрирует признаки гиперфункции левого желудочка при нормальных объемах сердечных полостей и толщине миокарда. Изменения глазного дна, как правило, отсутствуют.

При первичной артериальной гипертензии 1Б стадии более значительно и устойчиво повышение систолического, бокового и пульсового давления до 160–170 мм рт. ст. Кроме того, нарастает среднее динамическое и гемодинамическое давление при нормальном диастолическом. При эхокардиографии помимо признаков гиперфункции левого желудочка у части детей наблюдается гипертрофия миокарда. При исследовании глазного дна у одной трети больных отмечаются нестойкие симптомы ангиопатии сетчатки. Более часто отмечаются жалобы на головные боли, а также кардиальные боли.

При 2А стадии стойко повышены и стабильно сохраняются все виды артериального давления, в том числе диастолическое. Изменения глазного дна варьируют от небольших непостоянных спазмов до выраженной и стойкой ангиопатии и выявляются у 85% больных. 2Б и 3 стадия рассматриваются как вариант злокачественного течения болезни.

Случаи злокачественного течения заболевания первичной артериальной гипертензии у детей и подростков встречаются очень редко.

И. В. Леонтьева, Л. И. Агапитов провели суточное мониторирование АД у 150 детей и подростков с артериальной гипертензией и выделили 3 клиничко-патогенетических ее варианта: феномен «гипертонии на белый халат», лабильную и стабильную артериальную гипертензию (в 32, 39 и 29% случаев соответственно). По мнению авторов, феномен «гипертонии на белый халат» и лабильная артериальная гипертензия возникают обычно на фоне синдрома вегетососудистой дистонии, а стабильную артериальную гипертензию они расценивают как проявление гипертонической болезни.

У подростков с повышенным давлением масса тела в большинстве случаев превышает норму. Если у ребенка в раннем возрасте обнаружено повышение давления, можно предположить вторичную, или – дру-

гое название – симптоматическую артериальную гипертензию. Она может быть симптомом (отсюда и название симптоматическая) ряда заболеваний внутренних органов, нервной и эндокринной систем – сердца, почек, гипофиза, надпочечников, диэнцефальной области мозга.

Обычно эта гипертензия во многих случаях носит злокачественный характер, если ее вовремя не лечить. Поэтому важно измерять давление у детей как можно раньше. Проведение медикаментозной терапии дает возможность избежать почечной, сердечно-сосудистой недостаточности, сосудисто-мозговых осложнений.

О важности измерения артериального давления свидетельствует такой пример. На первом году жизни у ребенка отмечались частые срыгивания и рвота, задержка физического развития. В возрасте 3-х лет – слабость, рвота при переходе из горизонтального в вертикальное положение, продолжающаяся в течение четырех дней. И только в возрасте 4-х лет на фоне слабости и рвоты впервые было измерено артериальное давление и зафиксировано 240/160 мм рт. ст. Развилось острое нарушение мозгового кровообращения, в результате чего – правосторонний паралич конечностей вследствие инсульта.

Естественно, чтобы таким детям поставить правильный и своевременный диагноз, требуется проведение тщательного и всестороннего обследования в условиях специализированного стационара. Задача эта непростая, и иногда ребенок вынужден поступать в стационар по нескольку раз. Все это время он получает медикаментозную гипотензивную терапию, которую родители должны неукоснительно выполнять в домашних условиях.

Как мы уже отмечали, гипертоническая болезнь среди взрослого населения очень распространена. Поэтому во многих семьях есть аппараты для измерения артериального давления. Однако, как показывает практика, не все, включая и некоторых врачей, умеют правильно измерять давление, хотя эта процедура не является сложной. Сразу скажем, что «золотым стандартом» для измерения артериального давления является аппарат – ртутный сфигмоманометр. Всякие полуавтоматы и автоматы не являются точными аппаратами.

Правильное измерение давления зависит, во-первых, от исправности аппарата (по правилам, следует раз в год проводить стандартизацию аппарата), во-вторых, от слухового аппарата человека, который измеряет давление (нарушение слуха приводит к ошибкам в измерении), в-третьих, требуется скрупулезное соблюдение правил измерения давления.

За 30 минут до измерения давления ребенок не должен принимать пищу, физически напрягаться, подвергаться воздействию холода. Рукава одежды должны быть свободными. В помещении, где проводится измерение давления, нужно создать спокойную обстановку.

Манжета накладывается на плечо, при этом ее нижний край располагается примерно на 2 см выше внутренней складки локтевого сгиба. Центр резинового мешка должен находиться над плечевой артерией. Резиновая трубка соединяет манжету с манометром. Накачивая воздух в манжету, измеряющий прощупывает пульс ребенка на артерии и наблюдает за столбиком ртути. При определенном давлении в манжете пульс исчезает. После этого давление в манжете поднимают еще на 20 мм рт. ст. – это будет «максимальное» давление в манжете. Затем воздух из манжеты выпускается. При последующих измерениях артериального давления у ребенка давление в манжете доводится до этого уровня. Все эти указания следует выполнять неукоснительно.

При измерении артериального давления фонендоскопом во время выпуска также фиксируются тоны. Первая фаза (появление тонов) отмечается как систолическое, или верхнее, давление, четвертая (изменение тембра и звука) – как первое диастолическое и пятая (исчезновение) – как второе диастолическое, или нижнее.

Измерение артериального давления производится до ближайшей четной цифры (т. е. с интервалом в 2 мм рт. ст.). Если ртутный столбик оказывается между двумя отметками, то отмечается ближайшая верхняя четная цифра.

Детально процедура измерения давления после наложения манжеты и ее соединения с аппаратом состоит из следующих этапов.

1. Выждать 30 секунд.
2. Вставить ушные муфты металлических трубок фонендоскопа в уши.
3. Приставить диафрагму фонендоскопа к месту проекции плечевой артерии, непосредственно ниже манжеты, но не касаясь ее и соединительной трубки.
4. Закрыв запирающий винт и сжимая грушу быстрыми, но ровными движениями накачать воздух в манжету до предварительно определенного «максимального» уровня. Глаза должны быть на уровне середины шкалы манометра и фиксированы на «максимальном» уровне.
5. Слегка открыть запирающий винт и, поддерживая постоянную скорость выпуска воздуха – примерно 2 мм рт. ст. в секунду, выслушивать артерию, продолжая делать это, пока уровень ртути в манометре не опустится на 20 мм рт. ст. ниже уровня диастолического АД.
6. После этого можно, открыв запирающий винт, полностью выпустить воздух из манжеты, вынуть муфты металлических трубок фонендоскопа из ушей, записать цифры артериального давления.
7. Если звуки не отчетливы или какая-нибудь случайность нарушила качество измерения давления, повторите все этапы измерения.

Теперь, когда вы измерили давление у вашего ребенка, по таблицам вы можете определить, нормальное оно или повышенное. Если у вашего ребенка повышено (или понижено) давление, следует немедленно обратиться к врачу, который, если подтвердит результаты вашего измерения, и назначит соответствующее обследование, а при необходимости квалифицированную консультацию.

Для диагностики первичной артериальной гипертензии у детей и подростков, помимо измерения артериального давления в динамике, назначается общий и суточный анализ мочи и ее бактериологическое исследование, определяется содержание электролитов в сыворотке крови, клиренс по эндогенному креатинину, производится ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ почек. Обязательна консультация окулиста. Ранние и неоднородные нарушения механизмов адаптации сердечно-сосудистой системы позволяют выявить пробы: ортостатическая и с физической нагрузкой.

Более подробно хотелось бы остановиться на практических рекомендациях для родителей и учителей по профилактике артериальной гипертензии у детей и подростков. Эти рекомендации относятся ко всем: детям, подросткам, взрослым. Не все дети, подростки и взрослые с повышенным давлением нуждаются в приеме лекарств, снижающих давление. Аксиомой является то, что одной из мер, способствующих сохранению здоровья и поддержанию на достаточно высоком уровне работоспособности лиц с повышенным артериальным давлением, а также профилактики гипертензии, являются правильно построенный режим дня, регуляция продолжительности всех видов учебной и внеучебной деятельности, рационального чередования труда и отдыха, т. е. создание оптимальных гигиенических условий в школе и дома.

Часто повышенное артериальное давление может нормализоваться при соблюдении режима дня, устранении эмоционального стресса, длительного напряжения, перегрузок и при немедикаментозной терапии.

К немедикаментозным средствам относятся:

1. Снижение веса при избыточной массе тела.
2. Ограничение соли до 2 грамм в день.
3. Уменьшение в диете жиров и увеличение волокнистой пищи.
4. Избегание алкогольных напитков.
5. Регулярные изотонические упражнения.
6. Занятия релаксацией (аутогенная тренировка, самогипноз, медитация и т. д.).
7. Отказ от курения.

Избыточный вес в любом возрасте может сочетаться с повышением артериального давления и у взрослого может сопровождаться коронар-

ной болезнью сердца. Поэтому поддержание массы тела на нормальном уровне за счет двигательной активности с ограничением в диете жиров и продуктов, содержащих много углеводов, важная мера профилактики гипертензии. Кроме того, при ожирении часто наблюдается сахарный диабет.

Снижение массы тела следует проводить медленно и постоянно. Давно замечено благоприятное влияние на больных с гипертензией ограничения в рационе хлористого натрия (поваренной соли), способствующего снижению давления и улучшению самочувствия. Резкое снижение потребления поваренной соли значительно снижает давление у лиц даже со стойкой гипертензией. В тоже время известно, что большое количество приема поваренной соли способно вызвать повышение давления. Это подтверждается эпидемиологическими исследованиями, которые показывают, что число случаев артериальной гипертензии было меньше в группе, где потребление соли составляло менее 2 г в сутки. Ограничение соли в пище уменьшает возбудимость нервной системы, способствует понижению функции надпочечников.

Последние исследования свидетельствуют о том, что натрий играет важную роль в повышении давления только у лиц, которые «чувствительны» к соли, но в настоящее время отсутствуют клинические методики идентификации «чувствительных к соли лиц». Поэтому ограничение назначается всем лицам с артериальной гипертензией. Наряду с ограничением соли показано введение солей калия (овощи, фрукты). У лиц с повышенным давлением также бывает повышение содержания холестерина в крови. Поэтому следует обеспечить рациональное питание детей и не допускать переедания.

Во всех случаях необходимо употреблять достаточное количество овощей и фруктов. Не следует давать острые, соленые блюда, допускать избыточный прием жидкости (суточное количество жидкости не должно превышать 1–1,5 литра). Отмечено, что у вегетарианцев более низкое давление, нежели у лиц, которые едят мясо. Уменьшение в диете насыщенных жиров (сало, сливочное масло) и увеличение ненасыщенных (подсолнечное масло) вызывает снижение артериального давления.

В профилактике и лечении первичной артериальной гипертензии большое значение придается уровню двигательной активности. Терапия движением сегодня завоевывает свое место в наборе терапевтических средств как у детей и взрослых. Как показали исследования, одним из важных факторов, способствующих развитию артериальной гипертензии у детей и подростков, является недостаточная двигательная активность (гиподинамия). Выраженная гиподинамия может вызвать прогрессирующее снижение адаптационных возможностей сердечно-

сосудистой системы, дисфункцию вегетативных отделов нервной системы, особенно парасимпатической.

У детей с первичной артериальной гипертензией снижена физическая работоспособность, и это снижение идет параллельно с тяжестью заболевания. Кроме того, отмечена рефлекторная зависимость между тонусом скелетной мускулатуры и уровнем артериального давления. Мышцы являются тем звеном, через которое с помощью специальных упражнений можно воздействовать на уровень давления. Основной задачей врача спортивной квалификации является подбор оптимального объема двигательной активности.

Американские врачи провели исследование у 2105 детей и пришли к заключению, что изменения уровня физической работоспособности сочетаются с изменениями уровня артериального давления. Систолическое давление коррелирует с уровнем физической активности. Хорошо известно, что для тренированных лиц, занимающихся спортом и физическим трудом, характерно низкое давление. Терапия движением включает в себя лечебную гимнастику, бег трусцой, ходьбу, плавание, велотренинг, конькобежный и лыжный спорт и др. Например, гипотензивный эффект наблюдается при езде на велосипеде 45 минут 3–7 раз в неделю. Наиболее перспективно сочетать лечебную физкультуру с другими видами двигательных упражнений, а также ходьбой, бегом, плаванием, особенно полезно плавание в морской воде. Доказано, что при этом происходит снижение тонуса симпатической системы.

Как уже сказано, очень хороший результат дает велотренинг, причем физическую нагрузку надо точно дозировать в соответствии с возрастом больного и повышать ее по мере необходимости. Известно, что тренировочный эффект в полном объеме наступает обычно при пульсе 140 уд./минуту и выше. Однако такая частота пульса допустима только при начальной стадии артериальной гипертензии. Длительность тренировочного занятия составляет 10 минут с частотой тренировок 5 раз в неделю.

Очень полезно сочетать лечебную физкультуру с массажем. Достигается более быстрая нормализация давления и других показателей сердечно-сосудистой системы и дыхательных путей.

Все виды двигательной активности в сочетании с рациональной диетой способствуют снижению и нормализации массы тела тучных детей. Особенно это важно в тех случаях, когда ожирение сочетается с гипертензией, что встречается довольно часто. В школе занятия физической культурой должны проводиться по программе основной группы, но допуск к участию в различных соревнованиях, в том числе и по бегу, к занятиям в спортивной секции должен быть в компетенции

врача и решаться индивидуально. Участие в спортивных секциях до стойкой нормализации давления не рекомендуется. Статические нагрузки, связанные с подъемом тяжестей противопоказаны, так как они способствуют повышению как систолического, так и диастолического давления. Поэтому нельзя заниматься тяжелой атлетикой, культуризмом, не рекомендуется бокс.

Известно, что в классах к концу каждого урока ухудшается микроклимат, а к концу занятий в два и более раз увеличивается содержание углекислого газа во вдыхаемом воздухе, температура воздуха повышается на 2–5 °С, увеличивается влажность, создаются дискомфортные условия. Поэтому очень важен активный отдых учащихся на открытом воздухе во время перемен. В результате повышается насыщение крови кислородом и снижается утомляемость. Установлено, что содержание кислорода в крови в пределах нормальных колебаний при обычном режиме до и после уроков отмечается только у 32% школьников с артериальной гипертензией, а при соблюдении активного отдыха на переменах до уроков – у 57% и при окончании занятий – у 70% учащихся. Это означает, что частота гипоксических состояний (недостаточное насыщение крови кислородом) при обычном режиме занятий в школе наблюдается в два раза чаще. А по мнению многих ученых, кислородная недостаточность является одной из причин нарушения функции регуляторных механизмов системы кровообращения. Поэтому медицинские работники школ, педагоги должны обращать особое внимание на соблюдение режима отдыха учащихся во время перемен. Следует обязательно проветривать школьные помещения.

У детей и подростков с повышенным артериальным давлением признаки утомляемости во время учебных занятий проявляются особенно резко. Им обязательно рекомендуется во время больших перемен выходить на воздух. Утомление у школьников младших классов развивается уже к концу второго урока, а у более старших – к концу третьего. При этом у учащихся отмечаются выраженные изменения в функциональном состоянии сердечно-сосудистой системы. Так, к концу уроков у ряда детей нередко можно зарегистрировать повышение тонуса периферических сосудов. Поэтому для повышения работоспособности учащихся на третьем и последующих уроках необходимо проведение трехминутной физкультурной паузы.

Во время школьных занятий на первой перемене 10–12 минут следует отводить для физических упражнений, вторая перемена отводится для подвижных игр с учетом возраста и интересов учащихся. Обычно игры проводятся с постепенным снижением двигательной активности и за три минуты до окончания перемены заканчиваются спокойной ходьбой и дыхательными упражнениями. Учителя должны по возмож-

ности бороться с шумом во время перемен. Четко доказано, что повышенный уровень шума на переменах, особенно в школах, расположенных в шумных районах больших городов, вызывает наиболее неблагоприятные сдвиги в организме учащихся с повышенным давлением. Это может проявляться в виде головной боли, появляющейся к концу учебных занятий или во второй половине дня, утомляемости, раздражительности, ухудшения сна, развития хронического утомления.

Во внешкольном периоде регламентация труда и отдыха, физкультурных занятий должна осуществляться родителями, но делать это следует незаметно и ненавязчиво, без нудных назиданий.

Для профилактики артериальной гипертензии у детей (особенно, если имеется наследственная предрасположенность) большое значение имеет правильная организация режима дня. Время активного отдыха на свежем воздухе независимо от возраста должно составлять не менее 3–3,5 часа в день.

Для детей с артериальной гипертензией по возможности следует выбрать спокойный стиль жизни с тем, чтобы избегать нервных перенапряжений, волнений. Противопоказана работа, связанная с большим физическим и нервно-психическим перенапряжением, работа в шумном и душном помещении с высокой температурой и влажностью воздуха.

Тяжелый психологический климат в семье, неблагоприятные условия жизни, большие умственные перегрузки также создают предпосылки для формирования гипертензии у детей и подростков. Перемена обстановки, устранение стрессовых ситуаций и школьных перегрузок зачастую приводят к нормализации давления даже без применения какого-либо лечения. Мы неоднократно наблюдали нормализацию артериального давления у ребенка сразу после госпитализации в клинику.

Следует учитывать, что большое влияние на сосудистую систему может оказывать такой эмоциональный фактор, как экзамены. Этому способствует утомление в период подготовки к ним. Мы нередко наблюдаем обострение заболевания в период напряженных занятий и в период экзаменов. Обычно повышалось давление, появлялись или усиливались жалобы. В такие периоды ребенок, несмотря на нехватку времени, по возможности должен как можно больше находиться на воздухе, должны быть урегулированы часы занятий, отдыха и особенно ночного сна.

Особенно вредны ночные занятия. Следует обеспечить достаточный ночной сон (не менее 8 часов). Для учащихся младших классов (1–3) и выздоравливающих после различных заболеваний рекомендуется дневной сон в течение 1–1,5 часа. Остальные дети и подростки с повышенным давлением нуждаются в активном дневном отдыхе. На выполнение заданий младший школьник должен тратить 1,5–2 часа, старший –

2,5–3,5 часа. К сожалению, учащиеся в эти сроки часто не укладываются. Каждые 30–35 минут необходимо делать перерывы на 5–10 минут.

Для выработки устойчивости нервной системы к внешним воздействиям, снижения нервно-психической напряженности используются релаксационные методики, за рубежом – аппараты bio-feedback («обратной биологической связи»). Релаксационные методики не требуют специального оборудования, было бы желание к регулярной работе. Требуется спокойное окружение и можно тренировать снижение мышечного напряжения с использованием мантры (трансцендентальная медитация) или специальных упражнений (йога) и др.

Доказано снижение давления у занимающихся йогой. Гипотензивный эффект отмечен и при других релаксационных методиках. Восеминедельная тренировка, включающая дыхательные упражнения, глубокую мышечную релаксацию, медитацию, снижали давление по сравнению с контрольной группой. Причем длительное наблюдение (через 8 недель, 8 месяцев, 4 года) регистрировало эти уровни сниженного давления после проведенного курса.

Из других психотерапевтических методик следует отметить гипнотерапию, метод психологической разгрузки. Действие гипнотерапии не ограничивается только воздействием на астеноневротический компонент, но и влияет на различные системы организма, через вегетативную регуляцию, включая сосудистую систему.

Определенное положительное воздействие в общем комплексе лечебных мероприятий при первичной артериальной гипертензии у детей и подростков с нейровегетативными расстройствами оказывает иглорефлексотерапия, а также физические методы лечения – аэротерапия, гелиотерапия, лечебный массаж (в том числе и самомассаж), электросон, электрофорез с различными препаратами (новокаином, димедролом и хлористым кальцием, а также магнием и бромом). Эффективен электросон круговыми токами, который вызывает улучшение функционального состояния центральной нервной системы, в том числе высших вегетативно-эндокринных центров.

Доказано, что переменное магнитное поле низкой частоты оказывает положительное влияние на клиническое течение первичной артериальной гипертензии у детей, обладая выраженным гипотензивным эффектом у большинства больных, не вызывая побочных проявлений. Причем отдаленные результаты свидетельствуют о терапевтическом эффекте у половины больных через 3 и 12 месяцев.

Отличный результат наблюдается при применении углекислых ванн нарзана в подростковом санатории г. Кисловодска. После двух ванн у больных снижается давление, а после пяти – полностью нормализуется, уменьшаются и исчезают невротические проявления. Неплохой нор-

мализующий эффект дают и простые теплые ванны с температурой воды 36–37 °С, а также кислородные, жемчужные, хвойные, хлоридно-натриевые, радоновые и сульфидные ванны, а также теплые дождевые души.

В домашних условиях иглотерапия с успехом может быть заменена шиацу (японская терапия надавливанием пальцами в определенные точки). Вот несколько рекомендаций специалиста по шиацу Токуиро Накомиши. Эффективность этих рекомендаций нами не проверялась.

Тяжесть в голове (в результате застоя венозной крови). Это состояние легко устранить, усиливая приток свежей крови к мозгу. Надавите несколько раз подушечками обоих пальцев на область макушки (давление сильное, но не вызывающее боли) в течение 5–7 секунд, идя от затылка в сторону лба по левой стороне, а затем по средней линии головы – голова слегка прояснится. Затем подушечкой большого пальца слегка надавите сначала на правую сонную артерию, затем на левую, повторите несколько раз. Начинать надо от нижней челюсти (угла), постепенно спускаясь к ключице (по ходу артерии). Это способствует расширению кровеносных сосудов, притоку к голове крови, и, следовательно, улучшению самочувствия, снятию умственной усталости, что очень важно, когда к концу уроков у школьников накапливается усталость. Надавливая на виски тремя пальцами, на заднюю поверхность шеи четырьмя пальцами, на затылок большими пальцами – можно восстановить трудоспособность.

Снижение давления. Подушечкой большого пальца руки надавите под нижней левой челюстью в месте, где ощущается пульсация сонной артерии, сосчитав до десяти. Затем отпустите, сделайте вдох и снова надавите. После трехкратного надавливания аналогичные действия проделайте справа. Этим вы несколько снизите давление или даже нормализуете его. Затем средними пальцами обеих рук трижды надавливайте на затылок (зона продолговатого мозга), сосчитав до десяти. После этого тремя пальцами каждой руки надавите на основание затылочной кости и на три точки над ним. Увеличивая с каждым разом давление, повторите надавливание три раза. Тремя пальцами надавливайте с обеих сторон на заднюю поверхность шеи по направлению книзу. Повторите трижды для каждой из трех точек. Надавите тремя пальцами с двух сторон на надшеечную область, сосчитайте до десяти и отпустите. Повторите 10 раз. Затем сильно надавите, сочетая надавливание с растяжением сначала левым средним пальцем, затем правым.

Педагоги должны знать, что ученики с повышенным давлением могут не освобождаться от внеклассной работы, но перегружать их тоже не следует.

О вреде курения на сердечно-сосудистую систему общеизвестно. Ряд научных данных позволяет рассматривать табак (никотин) как фактор, способствующий повышению артериального давления. Длительная интоксикация никотином может явиться фактором, закрепляющим гипертензионные реакции.

Среди медикаментозных средств, которые назначает врач, в ранней стадии артериальной гипертензии у детей используются препараты успокаивающего действия (настой корня валерианы, пустырника, бромиды). В настоящее время прошли клинические испытания у детей и подростков такие препараты, как лозартан и моноприл, которые хорошо зарекомендовали себя у взрослых. Цель этих испытаний выяснить не только гипотензивный эффект этих препаратов у детей, но и установить возможность перервать переход артериальной гипертензии у детей в гипертоническую болезнь взрослых.

При стойком повышении АД – стабильной первичной артериальной гипертензии по И. В. Леонтьевой – назначают эти препараты. Обычно вначале назначают тиазидные диуретики, а затем добавляют ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и другие препараты.

Следует напомнить еще одну практическую рекомендацию родителям: летом не позволяйте ребенку с артериальной гипертензией перегреваться на солнце.

Измерение артериального давления у детей должно проводиться, по крайней мере, один раз в полгода. Под особым контролем педиатра должны находиться дети, родители которых страдают гипертонической болезнью. У них артериальное давление должно измеряться чаще.

Профилактика АГ у детей и подростков заключается в ведении здорового образа жизни: питание, психогигиена и психопрофилактика (борьба с последствиями стресса), оптимальный двигательный режим. Психопрофилактика способствует устранению психоэмоционального напряжения и нормализации функционального состояния систем адаптации: вегетативной и гуморальной.

Первичная артериальная гипертензия у детей и подростков является «перспективным» заболеванием в отношении разработанных эффективных профилактических и лечебных программ. Очередь за родителями в их выполнении.

Таблица перцентилей роста для детей (от 5 до 16,5 лет)

Мальчики	Перцентили роста						
	5-й	10-й	25-й	50-й	75-й	90-й	95-й
Возраст	Рост, см						
5,0	102,0	103,7	106,5	109,9	112,8	115,4	117,0
5,5	104,9	106,7	109,6	113,1	116,1	118,7	120,3
6,0	107,7	109,6	112,5	116,1	119,2	121,9	123,5
6,5	110,4	112,3	115,3	119,0	122,2	124,9	126,6
7,0	113,0	115,0	118,0	121,7	125,0	127,9	129,7
7,5	115,6	117,6	120,6	124,4	127,8	130,8	132,7
8,0	118,1	120,2	123,2	127,0	130,5	133,6	135,7
8,5	120,5	122,7	125,7	129,6	133,2	136,5	138,8
9,0	122,9	125,2	128,2	132,2	136,0	139,4	141,8
9,5	125,3	127,6	130,8	134,8	138,8	142,4	144,9
10,0	127,7	130,1	133,4	137,5	141,6	145,5	148,1
10,5	130,1	132,6	136,0	140,3	144,6	148,7	151,5
11,0	132,6	135,1	138,7	143,3	147,8	152,1	154,9
11,5	135,0	137,7	141,5	146,4	151,1	155,6	158,5
12,0	137,6	140,3	144,4	149,7	154,6	159,4	162,3
12,5	140,2	143,0	147,4	153,0	158,2	163,2	166,1
13,0	142,9	145,0	150,5	156,5	161,8	167,0	169,8
13,5	145,7	148,7	153,6	159,9	165,3	170,5	173,4
14,0	148,8	151,8	156,9	163,1	168,5	173,8	176,7
14,5	152,0	155,0	160,1	166,2	171,5	176,6	179,5
15,0	155,2	158,2	163,3	169,0	174,1	178,9	181,9
15,5	158,3	161,2	166,2	171,5	176,3	180,8	183,9
16,0	161,1	163,9	168,7	173,5	178,1	182,4	185,4
16,5	163,4	166,1	170,6	175,2	179,5	183,6	186,6
Девочки	Перцентили роста						
	5-й	10-й	25-й	50-й	75-й	90-й	95-й
Возраст	Рост, см						
5,0	101,1	102,7	105,4	108,4	111,4	113,8	115,6
5,5	103,9	105,6	108,4	111,6	114,8	117,4	119,2
6,0	106,0	108,4	110,3	114,6	118,1	120,8	122,7
6,5	109,2	110,0	114,1	117,6	121,3	124,2	126,1
7,0	110,8	113,6	116,8	120,6	124,4	127,6	129,5
7,5	114,4	116,2	119,5	123,5	127,5	130,9	132,9
8,0	116,9	118,7	122,2	126,4	130,6	134,2	136,2
8,5	119,5	121,3	124,9	129,3	133,6	137,4	139,6
9,0	122,1	123,9	127,7	132,2	136,7	140,7	142,9
9,5	124,8	126,6	130,6	135,2	139,8	143,9	146,2
10,0	127,5	129,5	133,6	138,3	142,9	147,2	149,5
10,5	130,4	132,5	136,7	141,5	146,1	150,4	152,8
11,0	133,5	135,6	140,0	144,8	149,3	153,7	156,2
11,5	136,6	139,0	143,5	148,2	152,6	156,9	159,5
12,0	139,8	142,3	147,0	151,5	155,8	160,0	162,7
12,5	142,7	145,4	150,1	154,6	158,8	162,9	165,6
13,0	145,2	148,0	152,8	157,1	161,3	165,3	168,1
13,5	147,2	150,0	154,7	159,0	163,2	167,3	170,0
14,0	148,7	151,5	155,9	160,4	164,6	168,7	171,3
14,5	149,7	152,5	158,8	161,2	165,6	169,8	172,2
15,0	150,5	153,2	157,2	161,8	166,3	170,5	172,8
15,5	151,1	153,6	157,5	162,1	166,7	170,9	173,1
16,0	151,6	154,1	157,8	162,4	166,9	171,1	173,3
16,5	152,2	154,6	158,2	162,7	167,1	171,2	173,4

Источник заимствован из ссылки:

Growth and Development. In Nelson W. E, Behrman Kliegman R. M, Arvin A. M, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. Philadelphia W. B. Saunders Company, 1996, 50–52.

Нормативы АД для мальчиков

Значение 90–95 перцентилей систолического и диастолического артериального давления у мальчиков в возрасте 5–16 лет в зависимости от их перцентильного распределения роста

Возраст	АД Перцен- тильи	Систолическое давление соответственно перцентильям роста							Диастолическое давление соответственно перцентильям роста						
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
		5	90	104	105	106	108	110	112	112	65	65	66	67	68
	95	108	109	110	112	114	115	116	69	70	70	71	72	73	74
6	90	105	106	108	110	111	113	114	67	68	69	70	70	71	72
	95	109	110	112	114	115	117	117	72	72	73	74	75	76	76
7	90	106	107	109	111	113	114	115	69	70	71	72	72	73	74
	95	110	111	113	115	116	118	119	74	74	75	76	77	78	78
8	90	107	108	110	112	114	115	116	71	71	72	73	74	75	75
	95	111	112	114	116	118	119	120	75	76	76	77	78	79	80
9	90	109	110	112	113	115	117	117	72	73	73	74	75	76	77
	95	113	114	116	117	119	121	121	76	77	78	79	80	80	81
10	90	110	112	113	115	117	118	119	73	74	74	75	76	77	78
	95	114	115	117	119	121	122	123	77	78	79	80	80	81	82
11	90	112	113	115	117	119	120	121	74	74	75	76	77	78	78
	95	116	117	119	121	123	124	125	78	79	79	80	81	82	83
12	90	115	116	117	119	121	123	123	75	75	76	77	78	78	79
	95	119	120	121	123	125	126	127	79	79	80	81	82	83	83
13	90	117	118	120	122	124	125	126	75	76	76	77	78	79	80
	95	121	122	124	126	128	129	130	79	80	81	82	83	83	84
14	90	120	121	123	125	126	128	128	76	76	77	78	79	80	80
	95	124	125	127	128	130	132	132	80	81	81	82	83	84	85
15	90	123	124	125	127	129	131	131	77	77	78	79	80	81	81
	95	127	128	129	131	133	134	135	81	82	83	83	84	85	86
16	90	125	126	128	130	132	133	134	79	79	80	81	82	82	83
	95	129	130	132	134	136	137	138	83	83	84	85	86	87	87

Источник заимствован из ссылки:

Manuscript Update on the 1987 Task Force Report on the high blood pressure in children and adolescents. National High blood pressure Education Program Working group on Hypertension Control in Children and Adolescents (Pediatrics, 1996, Vol. 98, № 4, p. 649–658)

Нормативы АД для девочек

Значение 90–95 перцентилей систолического и диастолического артериального давления у девочек в возрасте 5–16 лет в зависимости от их перцентильного распределения роста

Возраст	АД Перцен- тили	Систолическое давление соответственно перцентильям роста							Диастолическое давление соответственно перцентильям роста						
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
5	90	103	103	104	106	107	108	109	65	66	66	67	68	68	69
	95	107	107	108	110	111	112	113	69	70	70	71	72	72	73
6	90	104	105	106	107	109	110	111	67	67	68	69	69	70	71
	95	108	109	110	111	112	114	114	71	71	72	73	73	74	75
7	90	106	107	108	109	110	112	112	69	69	69	70	71	72	72
	95	110	110	112	113	114	115	116	73	73	73	74	75	76	76
8	90	108	109	110	111	112	113	114	70	70	71	71	72	73	74
	95	112	112	113	115	116	117	118	74	74	75	75	76	77	78
9	90	110	110	112	113	114	115	116	71	72	72	73	74	74	75
	95	114	114	115	117	118	119	120	75	76	76	77	78	78	79
10	90	112	112	114	115	116	117	118	73	73	73	74	75	76	76
	95	116	116	117	119	120	121	122	77	77	77	78	79	80	80
11	90	114	114	116	117	118	119	120	74	74	75	75	76	77	77
	95	118	118	119	121	122	123	124	78	78	79	79	80	81	81
12	90	116	116	118	119	120	121	122	75	75	76	76	77	78	78
	95	120	120	121	123	124	125	126	79	79	80	80	81	82	82
13	90	118	118	119	121	122	123	124	76	76	77	78	78	79	80
	95	121	122	123	125	126	127	128	80	80	81	82	82	83	84
14	90	119	120	121	122	124	125	126	77	77	78	79	79	80	81
	95	123	124	125	126	128	129	130	81	81	82	83	83	84	85
15	90	121	121	122	124	125	126	127	78	78	79	79	80	81	82
	95	124	125	126	128	129	130	131	82	82	83	83	84	85	86
16	90	122	122	123	125	126	127	128	79	79	79	80	81	82	82
	95	125	126	127	128	130	131	132	83	83	83	84	85	86	86

Источник заимствован из ссылки:

Manuscript Update on the 1987 Task Force Report on the high blood pressure in children and adolescents. National High blood pressure Education Program Working group on Hypertension Control in Children and Adolescents (Pediatrics, 1996, Vol. 98, № 4, p. 649–658)

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТЕНЗИЯ

Проблема артериальной гипотензии у детей и подростков является актуальной в связи с ее довольно значительным распространением, хроническим течением, возможным формированием в последующем стабильных гипотонических состояний, которые нередко могут приводить к сосудистым катастрофам.

Тяжесть и продолжительность субъективных расстройств при снижении уровня артериального давления (АД) у детей сопровождается угнетением умственной и физической работоспособности.

На приеме у педиатра мальчик Дима, 10 лет. Мать рассказывает: в последнее время Дима стал быстро утомляться, появилась раздражительность, часто ночью пробуждается и затем долго не может заснуть. Кроме того, добавляет мальчик, беспокоят головные боли, бывают головокружения, изредка ощущаются сжимающие боли в области сердца. Хотя представленные жалобы и признаки могут присутствовать при самых различных заболеваниях, но у педиатра в первую очередь возникает предположение о пониженном артериальном давлении (артериальной гипотензии). И действительно, измерение артериального давления выявляет низкое для этого возраста давление. С этим заболеванием и связаны все перечисленные жалобы ребенка.

В медицинской литературе описание артериальной гипотензии (АГ) появилось сравнительно недавно – в 1903 году – и было представлено итальянским ученым Ферранини. Среди симптомов автор наблюдал общую слабость, головокружение, обмороки.

Обычно приводится следующее определение артериальной гипотензии – это психосоматическое полиэтиологическое заболевание, в основе которого лежит наследственная и конституциональная предрасположенность, реализующаяся под влиянием внешних отягчающих, провоцирующих и триггерных факторов. Указывается, что артериальная гипотензия – это патологический симптомокомплекс, характеризующийся снижением системного АД и сопровождающийся рядом клинических симптомов, отражающих уменьшение кровотока и перфузионного давления во всех органах и тканях.

В международных исследованиях артериальная гипотензия обозначается как первичная артериальная гипотензия, или гипотоническая болезнь. Согласно критериям Всемирной организации здравоохранения под термином эссенциальная или первичная гипотензия подразумевается низкое артериальное давление при отсутствии очевидной причины его появления. Под термином вторичная гипотензия подразумевается гипотензия, причина которой может быть выявлена. В отечественной литературе, особенно педиатрической, АГ может трактоваться как вегетососудистая дистония по гипотоническому типу.

По данным различных авторов, распространенность гипотензии у детей и подростков составляет от 2 до 21%. Муталов установил, что наиболее высокая распространенность АГ наблюдалась среди школьников, углубленно изучавших иностранный язык (10,8%), среди учащихся спецшкол с художественным уклоном (в 5,8% случаев).

В отношении этой патологии в литературе существуют определенные расхождения. Считают, что не существует единой патогенетической схемы ПАГ, отсутствует четкая терминология, нет определенных клинических представлений о типах, стадиях течения и о тяжести данного патологического процесса.

В зависимости от величин АД первичная артериальная гипотензия делится по течению, в зависимости от величин АД, на легкую, среднетяжелую и тяжелую форму. Легкая – 10–25%, среднетяжелая – 5–10%, тяжелая < 5%. Вероятно, следует выделять стадии (транзиторная, лабильная, стабильная), или 3 степени тяжести АГ, и типы (систолический, систоло-диастолический, диастолический).

У детей и подростков с ПАГ в зависимости от тяжести гемодинамических нарушений выделены три патогенетические формы развития гипотонии: артериолярная, венозная и артериолярно-венозная (гипотоническая болезнь). У детей с первичной артериолярной гипотонией выявлены нарушения: снижение артериолярного тонуса, повышение венозного тонуса и как результат – снижение артериального давления.

У больных с первичной венозной гипотонией установлено, что для поддержания артериального давления включается компенсаторный механизм в форме повышения артериолярного тонуса на фоне сниженного венозного тонуса, что формирует нормокинетический тип кровообращения. Патогенетическим критерием изменения гемодинамики при гипотонической болезни является выраженное снижение артериолярного, венозного тонусов, гипокинетический тип циркуляции и уменьшение объемной скорости кровотока.

Все существующие классификации гипотонических состояний в нашей стране разработаны на основе классификации Н. С. Молчанова (1962).

Классификация артериальных гипотензий (Н. С. Молчанов):

I. Физиологическая АГ:

1. АГ как индивидуальный вариант нормы.
2. АГ повышенной тренированности (у спортсменов).
3. АГ адаптационная (у жителей тропиков, высокогорья и др.)

II. Патологическая АГ:

1. АГ первичная:
 - а) нестойкая, обратимая (нейроциркуляторная)
 - б) стойкая, выраженная (гипотоническая болезнь)
2. АГ вторичная (симптоматическая):
 - а) острая
 - б) хроническая

Следует заметить, что имеет место определенное противоречие между выше обозначенными определениями АГ и смысловым значением АГ в этой классификации.

В МКБ-10 гипотензия кодируется следующим образом.

- I 95. Гипотензия
- I 95.0 Идиопатическая гипотензия
- I 95.1 Ортостатическая гипотензия (гипотензия, связанная с изменением позы, положения)
- I 95.2 Гипотензия, вызванная лекарственными средствами (при необходимости идентификации лекарственных средств используют дополнительный код внешних причин)
- I 95.8 Другие виды гипотензии
Хроническая гипотензия
- I 95.9 Гипотензия неуточненная

Помимо термина «артериальная гипотензия» в литературе используется термин «артериальная гипотония».

Видимо, целесообразно использовать термин «артериальная гипотензия» в следующем значении. АГ – это уменьшение систолического или/и диастолического артериального давления ниже нормального уровня.

Для физиологической АГ характерно стойкое, но умеренное понижение АД меньше показателей возрастных норм, без нарушения состояния здоровья детей. Они не предъявляют жалоб и хорошо справляются с повседневными физическими и интеллектуальными нагрузками. АГ может быть проявлением индивидуального конституционального варианта нормы АД, развиваться как адаптивная реакция на высокую тренированность спортсменов или как акклиматизация к длительному проживанию в очень жарком, тропическом климате и в условиях высокогорья. Артериальная гипотензия расценивается как первичная, когда она возникла на фоне синдрома вегетососудистой дистонии, в случае

преобладания в клинической картине выраженной дисфункции вегетативной нервной системы.

Вторичная или симптоматическая артериальная гипотензия возникает на фоне заболеваний почек (нефрит с потерей соли, эконефропатия, сахарный диабет, состояние хронического гемодиализа), эндокринной системы (гипотиреоз, болезнь Аддисона, сахарный диабет), желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки), заболевания органов дыхания (туберкулез, хроническая пневмония, бронхиальная астма), заболеваний сердечно-сосудистой системы (врожденные и приобретенные пороки сердца, миокардит, дилатационная и гипертрофическая кардиомиопатии, экссудативный перикардит), центральной нервной системы (посткоматозная гипотензия, энцефалопатии, гидроцефалия), приема медикаментов (передозировка антидепрессантов, бета-блокаторов, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, антагонистов кальция, атропиноподобных препаратов, антигистаминных средств).

В вопросе о причинах первичной артериальной гипотензии у детей и подростков на сегодняшний день преобладает точка зрения об особой роли невроза сосудодвигательных нервов. Пусковым механизмом в развитии заболевания считается длительное психоэмоциональное напряжение, которое, воздействуя на сосудодвигательные центры в мозге, вызывает нарушения, характерные для артериальной гипотензии.

Психогенные факторы могут быть различными: смерть или заболевание близких, пьянство родителей, неблагоприятный социальный фон, неполная семья и др. Среди эндогенных факторов большое значение придается психологическим особенностям личности ребенка. При изучении психологического портрета ребенка чаще всего выявляют повышенную тревожность и напряженность, эмоциональную возбудимость и чувствительность, низкий уровень мотивации и достижения цели, а также интравертированность.

В развитии первичной артериальной гипотензии определенная роль принадлежит отклонениям в семейном воспитании в виде потворствующей и доминирующей гиперопеки, что создает хроническую психотравмирующую обстановку, повышает чувствительность ребенка к психогенным воздействиям, а также интравертированность. К внутрисемейным конфликтам относится гипертрофированное чувство долга, завышенная самооценка. В развитии заболевания определенный вклад, как и при артериальной гипертензии, вносит и недостаточная двигательная активность.

Среди неблагоприятных факторов окружающей среды метеорологические факторы занимают одно из главных мест. К ним относятся температура, атмосферное давление, относительная влажность и др.

Естественно, их колебания отражаются на организме ребенка, снижая адаптивные механизмы. В проведенном недавно исследовании было показано, что около 65% детей с гипотензией страдают повышенной метеочувствительностью. Причем метеочувствительность зависит от возраста, пола и тяжести заболевания. Основной формой метеореакций у детей с гипотензией наряду с ухудшением общего самочувствия было снижение артериального давления и угнетение умственной и физической работоспособности.

Интересные исследования провели ученые, пытаясь выявить закономерности при измерении артериального давления у матерей и их детей. Было показано, что низкий уровень давления наблюдался у тех детей, чьи матери страдали артериальной гипотензией. На этом основании был сделан вывод об однотипности сосудистых реакций у матери и ребенка. Результаты другого исследования, проведенного недавно, подтверждают этот вывод. Было установлено существенное преобладание наследственной отягощенности по артериальной гипотензии среди школьников с низким уровнем артериального давления по сравнению со школьниками, показатели давления которых не выходили за пределы нормы. Причем наследственная отягощенность у детей с гипотензией наблюдалась по материнской линии.

Заметную роль в патогенезе артериальной гипотензии играет фактор затруднения венозного оттока, что находит отражение в расширении желудочковой системы головного мозга (по данным Эхо-ЭС), провоцирует более частое и выраженное повышение АД (видимо, для восстановления физиологически обоснованного градиента перфузии). Определение уровней катехоламинов, кортизола, нарушений центральной и церебральной гемодинамики у детей с АГ способствует уточнению механизмов дисрегуляции АД и позволяют оптимизировать тактику лечения.

Клиническая картина первичной АГ. Распределение детей с АГ по характеру течения представлено следующим образом: лишь 4,5% детей с АГ были без жалоб, 78,5% – с жалобами и 17% с кризами.

У детей с гипотензией часто наблюдается повышенная психическая истощаемость, которая характеризуется ослаблением памяти, снижением умственной работоспособности, невозможностью длительного напряжения, плохой концентрацией внимания на длительный период времени, рассеянностью, замедлением реакции и ослаблением памяти.

Они ощущают дискомфорт при поездках на общественном транспорте, в душном помещении, при наличии неприятных запахов и в неопределенных ситуациях. У них могут наблюдаться боли в животе, в суставах, ощущения онемения, «мурашек» в области рук и ног, обморочные состояния. Эти дети часто отстают в физическом и половом

развитии, имеют астенический тип конституции. Для них характерно снижение сопротивляемости к болезнетворным бактериям и вирусам, отмечается угнетение защитных реакций, наличие хронических воспалительных очагов инфекции.

Показатели артериального давления у детей с артериальной гипотензией, как правило, повышаются в интервале 11–15 часов и относительно снижаются в утренние и вечерние часы. Как уже упоминалось, при гипотензии часто наблюдаются головные боли. Они могут быть по утрам, сразу после сна, сопровождаются слабостью, замедленностью. Причем даже длительный сон не дает чувство отдыха. Боли часто носят давящий, пульсирующий характер, довольно интенсивны. Считают, что в их возникновении играют роль как сосудистые нарушения, так и переходящее повышенное внутричерепное давление.

Врачи наблюдают обморочные состояния почти у каждого пятого-шестого ребенка с гипотензией. Причем обычно потеря сознания занимает небольшой период времени – от нескольких секунд до нескольких минут. Обмороки возникают чаще всего после эмоционального стресса, нахождения в душном помещении, длительного неподвижного состояния и др.

Ортостатическая артериальная гипотензия (переход из положения лежа в положение стоя сопровождается головокружением, «потемнением» в глазах и обмороком) – объясняется падением артериального давления. Ортостатическая артериальная гипотензия хуже переносится по утрам, когда при вставании появляются «потемнение» в глазах, ощущение дурноты, головокружение, слабость. При этом характерна бледность ребенка.

Надо сказать, что для детей с гипотензией характерны ортостатические и вазовагальные обмороки, а вестибулярные обмороки встречаются нечасто. Приводятся описания еще одного тяжелого состояния, которое наблюдаются у детей с артериальной гипотензией. Это гипотонические кризы. При них возникают «давящая» головная боль, резкая слабость, ребенок не может поднять голову из-за головокружения. Причиной вышеописанных состояний является то, что при артериальной гипотензии нарушаются компенсаторные механизмы, которые заведуют обеспечением кровью мозга и сердца. Естественно, их появление зависит от степени нарушений.

Следует отметить, что частота и степень выраженности жалоб значительно меняется в зависимости от сезона года, погодных условий, времени суток, и других факторов.

При артериальной гипотензии у детей в ответ на воздействие неблагоприятных метеофакторов выявляется своеобразный симптомокомплекс в форме неспецифических психовегетативных проявлений,

таких как потливость, раздражительность, рассеянность, плаксивость, расстройство сна. При этом обострение клинических симптомов артериальной гипотензии наблюдается, как правило, среди метеолабильных детей.

Муталов на основании клинических наблюдений над детьми с АГ разработал критерии тяжести данной патологии у детей школьного возраста, которые приводятся в таблице.

Таблица
Критерии тяжести артериальной гипотензии

Критерии	Степень тяжести артериальной гипотензии		
	Легкая	Средней тяжести	Тяжелая
Величина АД	10 перцентиль	От 5 до 10 перцентиля	Ниже 5 перцентиля
Характер снижения АД	Лабильный	Стабильный или транзиторный	Стабильный
Форма АГ	Систолическая	Систолическая или систоло-диастолическая	Систо-диастолическая
Головная боль в анамнезе	Эпизодическая, неинтенсивная, кратковременная	Длительностью до двух часов, умеренной интенсивности, ограничивает работоспособность	Продолжительная, интенсивная, снижает работоспособность
Купирование головной боли	Самостоятельно, после отдыха	После приема лекарственных препаратов	После приема лекарств и отдыха
Вегетативные пароксизмы	Не характерны	Редко, смешанного характера	Частые, вагоинсулярного характера
Головокружение, обмороки	Отсутствуют	Редкие, эмоциогенного характера	Часто, ортостатическая дисрегуляция
Физическая и умственная работоспособность	Кратковременное снижение во второй половине дня	Умеренное снижение с улучшением состояния после отдыха	Значительное снижение

План обследования при ПАГ. Сбор анамнеза (характер головных болей, наличие вегетативных пароксизмов, приступов головокружения, обмороков). Характер АД у ближайших родственников. Количество поваренной соли в рационе питания. Характер двигательной активности, в том числе занятия в спортивных секциях и т. д.

- оценка физического развития (признаки ретардации, тип конституции); подсчет индексов Кетле, Брока.
- ежедневное измерение АД на обеих руках;

- исследование сосудов глазного дна;
- ЭКГ (при поступлении и выписке);
- эхо-кардиография (Эхо-КГ) с подсчетом МОК, УОК, ОПСС (при поступлении и выписке);
- реоэнцефалография (РЕГ) – позволяет оценить состояние сосудистого тонуса, который чаще бывает сниженным.

Специальные методы исследования:

- электролиты крови (К, Na);
- сахар крови;
- доплер-исследование периферических и церебральных сосудов;
- клино-ортостатическая проба (вегетативное обеспечение);
- УЗИ-исследование щитовидной железы;
- проба с дозированной физической нагрузкой (велоэргометрия, степ-тест);
- кожно-гальваническая реакция.

Дополнительные методы исследования:

- корректурная проба;
- психоэмоциональная проба, тест Люшера;
- тесты на метеочувствительность;
- определение порога вкусовой чувствительности к поваренной соли;
- кислотно-щелочное равновесие.

Лечение. Лечение артериальной гипотензии более эффективно, если оно проводится в начале заболевания, носит комплексный характер, длительно и индивидуально.

Стратегия лечения основывается на позициях не только коррекции выраженных астенических нарушений, но и должна быть направлена на устранения психовегетативного синдрома. Поэтому комплексная терапия должна включать в себя возможное устранение различных расстройств с целью вычленения отдельных звеньев патогенетической цепи и достижения адекватного уровня вегетативного и сосудистого обеспечения.

Наиболее важное значение как и при всех заболеваниях следует отводить нормализации режима дня – как основе согласованной деятельности различных систем организма, их регуляции. А также устранение факторов риска, на которые можно оказать влияние.

Следует подчеркнуть, что схема лечения для каждого больного подбирается в зависимости от индивидуальных особенностей его организма.

Для оценки эффективности проводимого лечения разработана специальная шкала, предусматривавшая комплексное тестирование субъек-

тивных и объективных показателей (уровень АД и форма АГ, данные гемодинамики, оценка умственной и физической работоспособности).

Для лечения АГ применяют немедикаментозную и медикаментозную терапию.

Немедикаментозные методы: нормализация режима труда и отдыха, рационализация питания и водно-солевого обмена, психотерапия, регулярные занятия физкультурой и некоторыми видами спорта, гидро- и бальнеотерапия, физиотерапия, иглорефлексотерапия, лечебный массаж. Важны: полноценный сон (не менее 9 часов в сутки), прогулки на свежем воздухе (не менее двух часов) чередование труда и релаксации, дыхательная гимнастика, следует избегать длительного пребывания на солнце, обязательна утренняя гимнастика с водными процедурами (контрастный душ), виды аэробной двигательной активности (бег трусцой, быстрая ходьба, велосипед, лыжи, коньки и др.)

Увеличение физической активности при АГ способствует повышению тонуса сердечно-сосудистой системы, улучшает микроциркуляцию, нормализует и активизирует обменные процессы, однако в школе запрещаются соревновательные и изометрические нагрузки, противопоказаны занятия некоторыми видами спорта: боксом, штангой.

Желателен 4–5 разовый прием пищи. Рацион должен быть полноценным, обогащенным животными белками, сахар лучше заменить медом. Пациентам рекомендуется употреблять достаточное количество жидкости. Целесообразно включение в диету тонизирующих чая и кофе.

Обязательно проводится лечение очагов хронической инфекции в миндалинах, придаточных пазухах носа, желчном пузыре, так как они могут быть причиной гипотензии.

Используют процедуры, обладающие стимулирующим действием. Гидро- и бальнеотерапия оказывает на больных с АГ разнообразные благоприятные эффекты. Используются души: струевой, игольчатый, циркулярный, Шарко, подводный душ-массаж, контрастный с постепенным снижением температуры воды с 37 до 35 °С и последующим интенсивным растиранием. Ванны: солено-хвойные, кислородные, жемчужные, с добавками из растительных настоев березового и смородинового листа, белокопытника. Бальнеотерапия в условиях курортов проводится с использованием местных минеральных вод: общие углекислые, хлористоводородные, сероводородные, нарзанные, радоновые.

Физиотерапия при АГ на фоне ваготонии включает проведение электрофореза 5% раствора кальция хлорида, 1% раствора кофеина, эфедрина или мезатона – по воротниковой методике или по методике ионных рефлексов по Щербаку. Для стимуляции коры надпочечников выполняют электрофорез с этимизолом или применяют электромагнитное

облучение в дециметровом диапазоне на область надпочечников. Процедуры проводятся ежедневно или через день, на курс 12–15, повторяя курсы через 2 месяца. Эффективен электрофорез 1% раствора новокаина и 0,2% раствора йодида калия по глазнично-затылочной методике и эндоназальный электрофорез 2% раствора новокаина. Эти процедуры можно чередовать через день. Показаны также курсы аэроионотерапии и общее УФО в постепенно возрастающих дозах – от 1 до 2 биодоз (15–20 сеансов на курс). При выраженных невротических реакциях и повышенной возбудимости рекомендуется электросон с использованием импульсного тока с частотой до 100 Гц. Электросон не рекомендован больным с тяжелыми нарушениями ритма сердца.

Среди базисных средств немедикаментозного лечения большое место отводят различным видам *рефлексотерапии*: иглорефлексотерапии, электропунктуре активных точек, методу прессации активных точек самими больными или их родителями, точечному массажу с помощью лучей гелий-неонового лазера, которые оказывают болеутоляющий, седативный, биостимулирующий, тонизирующий и другие эффекты. Процедуры выполняют с промежутком в 1–2 дня, курсом по 10–12 сеансов. Курсы можно повторять через 1 месяц, 3–4 раза в год.

По данным Муталова, анализ исследований показал, что в процессе проведения иглорефлексотерапии у большинства (86% наблюдавшихся) было отмечено отчетливое повышение уровня АД: переход из зоны ниже 10 перцентиля в зону 15–25 перцентиля, а у 37% школьников в зону 25–75 перцентиля кривой распределения АД в популяции. Полной нормализации АД к моменту выписки из стационара удалось достичь в 63% случаев.

Лечебный массаж (общий и сегментарный) устраняет синдром вегетативной дисфункции, улучшает крово- и лимфообращение, уменьшает венозную застой, увеличивает доставку кислорода тканям. При АГ массируются паравертебральные области нижних грудных, поясничных и крестцовых позвонков. Полезен массаж нижних конечностей и живота. Продолжительность процедуры 10–12 мин., курс лечения 12–15 сеансов, которые проводятся через день.

Цель психотерапии – скорректировать взаимоотношения ребенка с окружающей социальной средой. Следует выяснить источники психоэмоционального напряжения с последующим их устранением с помощью психологической коррекции. Ребенка следует обучить аутогенной тренировке, аэробному тренингу. Положительный эффект оказывает групповая психотерапия.

Медикаментозная терапия необходима, если немедикаментозное лечение не оказывает эффекта (при условии, что его проводили в течение не менее шести месяцев). Важно помнить, что немедикаментозную терапию нужно продолжать на фоне лекарственного лечения.

Лекарственное лечение начинают с *фитотерапии*, но не следует применять одновременно несколько препаратов. При вялости, заторможенности, сонливости, снижении толерантности к физическим нагрузкам больным с АГ назначают растительные адаптогены – препараты, стимулирующие кору и продолговатый мозг, психическую сферу и соматические структуры. Адаптогены делятся на три группы:

- 1) общетонизирующие: золототысячник, эхинацея, фенхель, морская капуста, крапива, одуванчик, тимьян;
- 2) умеренно стимулирующие – кофе, зеленый чай, корень солодки;
- 3) с сильным стимулирующим эффектом – женьшень, элеутерококк, левзея, лимонник китайский, аралия, заманиха, родиола розовая.

Кроме того, имеется выраженный стимулирующий эффект у адаптогенов животного происхождения – пантокрин и его аналога – ранторина.

Экстракты и настойки этих препаратов назначают в разовой дозе по 1 капле на год жизни за полчаса до еды три раза в течение дня. Однако вечером и перед сном пациент должен принимать отвары растительных сборов, обладающих седативным эффектом (валериана, пустырник, боярышник, пион и др.).

Для улучшения *метаболизма миокарда* применяют лекарственные сборы из плодов шиповника, рябины, боярышника, черемухи, травы адониса весеннего и др. Лечение продолжают в течение 3 недель, с недельным перерывом, общим курсом в 4–6 месяцев. Эффект наблюдается к 3–4 месяцам лечения уже у 80% больных.

Также применяют препараты следующих групп:

- 1) психомоторные стимуляторы
- 2) аналептики
- 3) препараты, стимулирующие преимущественно функции спинного мозга
- 4) адреномиметики
- 5) холинолитики
- 6) поотропные средства

Психомоторные стимуляторы оказывают как психостимулирующий эффект, так и стимулируют центральные и периферические адренергические системы, умеренно повышая АД без существенного учащения сердечного ритма.

Стимулятор центральной нервной системы *гуфрон* является α -адреномиметиком. Избирательно стимулирует периферические α -адренорецепторы симпатической нервной системы, вызывая повышение тонуса сосудов, что в свою очередь увеличивает периферическое сопротивление в артериальном круге кровообращения, повышая АД, устраняет ортостатические нарушения как утренняя слабость, головокружение, зевота.

Опыт применения *гуфрона* в одной из клиник показал его высокую эффективность при АГ в средних разовых дозах 0,03–0,05 мг/кг в 3 приема, курсом в 20–30 дней. Применяется по 7 капель 2 раза в день или 1 таблетка 2

раза в день утром и вечером детям старше 122 лет, для детей младшего возраста дозировка зависит от массы тела.

Сиднофен и *сиднокарб* назначают в дозе 2,5–5 мг 2 раза в сутки в первой половине дня. Курс лечения 2–4 месяца. *Фенамин* и *индопан* применяют в дозе 5 мг в 2 приема.

Аналептические препараты возбуждают преимущественно сосудистый и, в меньшей степени, дыхательный центры продолговатого мозга. *Центедрин* (*меридил*) назначают по 5 мг 2 раза в сутки, *шкетамид* (*кордиамин*) по 1 капле на год жизни (на присм) 2–3 раза в день.

К препаратам, стимулирующим преимущественно функции спинного мозга, относятся алкалоиды семян чилибухи (*стрихнин*, «*дулекс*») или травы сикурипеги (*секуринин*). Секуринин назначают в дозе 10 мг 2 раза в сутки.

Адреномиметики оказывают вазоконстрикторный эффект за счет стимуляции периферических альфа-адренорецепторов, что сопровождается повышением как систолического, так и диастолического АД. Препараты этой группы чаще применяются для купирования эпизодов синкопального падения АД. *Норадреналина гидротартрат* 0,2% раствор или *мезатон* 1% раствор вводят в разовой дозе от 0,1 до 0,75 мл или 0,015–0,02 мл/кг п/к, в/м или в/в. Для пролонгирования эффекта при перманентном течении заболевания лучше вводить фетанол в виде 1% раствора парентерально или использовать таблетированный препарат по 5–10 мг в сутки в 2–3 приема или его зарубежные аналоги эфортил и веритол.

Регултон (*амезиний метилсульфат*) применяется при длительном лечении эссенциальной и вторичных АГ. Детям старше 12 лет назначается в дозе 10 мг 3 раза в день перорально.

Холинолитики используют при АГ, протекающей на фоне выраженной ваготонии. Чаще применяют М-холинолитики, блокирующие взаимодействие медиатора парасимпатической нервной системы ацетилхолина с холинорецепторами. Это препараты белладонны: комбинированные препараты красавки с вазоактивным *эрготамином*, *фенобарбиталом* – *беллоид*, *белласпон*, *беллатаминал* по 1 таблетке 2 раза в день.

Ноотропные препараты не обладают сосудосуживающим действием, однако на фоне их применения обеспечивается лучший и часто больший эффект от использования вазоактивных препаратов. Это обусловлено тем, что большинство из ноотропов активируют метаболические процессы в ЦНС, улучшают регионарный кровоток, утилизацию глюкозы, ускоряют удаление метаболитов из мозга и др. *Пирацетам* назначается в дозе 0,2 г 3 раза; *аминалон* – в дозе 0,25–0,5 г 3 раза; *пиридитол* – в дозе 5–10 мг 2–3 раза; *пантогам* – в дозе 0,25–0,5 г 3 раза в день. Курсы лечения продолжительностью 1–2 месяца*.

Важен вопрос о прогнозе – дальнейшей судьбе артериальной гипотензии у ребенка. Таких наблюдений немного. Четырехлетнее наблюдение за группой детей с артериальной гипотензией показало, что у двух третей из них гипотензия не сохранялась.

Прогноз артериальной гипотензии менее благоприятен при склонности к кризовому течению заболевания, при частых головных болях. У этих больных могут возникнуть ранние сосудистые изменения в головном мозгу в последующие годы. Эта группа детей нуждается в постоянном наблюдении педиатра и длительном лечении.

Рецидивы артериальной гипотензии и повторы гипотонических и ортостатических кризов, должны явиться показанием для углубленного обследования не только для лечения, но и для профилактики хронизации состояния, а также защиты «органов-мишеней» (сердца, центральной нервной системы).

Нуждаются в стационарном лечении не более 5–10% от общего числа детей с гипотензией. Остальные проходят обследование и лечение в амбулаторных условиях. В процессе наблюдения за детьми с артериальной гипотензией решается вопрос об их госпитализации или о необходимости направления детей на консультацию к психоневрологу, кардиологу, эндокринологу, гастроэнтерологу.

СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

На протяжении более 50 лет врачи выявляли и пытались лечить детей, у которых наблюдались различные сочетания двигательной расторможенности, импульсивности, невнимательности, повышенной отвлекаемости. За это время несколько раз менялось название заболевания, появлялись новые точки зрения относительно причин и механизмов его возникновения, предлагались новые методы лечения.

В последние годы число гиперактивных детей катастрофически выросло. При отсутствии своевременного лечения могут развиваться хронические формы заболевания, часто сочетающиеся с серьезной психопатологией. Поэтому необходимо проводить своевременное выявление и коррекцию таких состояний. В 1947 году педиатры попытались дать четкое клиническое обоснование так называемым гиперподвижным детям, у которых часто возникали проблемы с учебой. Однако вопрос о терминологии этого состояния остался нерешенным.

До настоящего времени не было единой точки зрения в отношении названия этого заболевания. Порой авторы вкладывали в один и тот же термин самое различное содержание.

Не много существует заболеваний, имеющих столь многочисленные термины. Вот лишь некоторые из них: «легкая дисфункция мозга», «гиперкинетический хронический мозговой синдром», «легкое повреждение мозга», «легкая детская энцефалопатия», «гиперкинез», «гиперактивность», «гиперкинетические импульсивные нарушения», «минимальная мозговая дисфункция» и многие другие.

Термин «легкая дисфункция мозга» появился в периодической медицинской печати в 1963 году после совещания международных экспертов-неврологов, проводившегося в Оксфорде. По крайней мере 100 клинических проявлений входило в понятие «легкая дисфункция мозга», включая дисграфию (нарушение письма), дизартрию (нарушения артикуляции речи), дискалькулию (нарушение счета), гиперактивность, недостаточную концентрацию внимания, агрессивность, неуклюжесть, инфантильное поведение и другие.

В 1966 году С.Д. Клементс (S.D.Clements) дал следующее определение этого заболевания у детей: «Заболевание со средним или близким к среднему интеллектуальным уровнем, с нарушением поведения от легкой до выраженной степени в сочетании с минимальными отклонения-

ми в центральной нервной системе, которые могут характеризоваться различными сочетаниями нарушений речи, памяти, контроля внимания, двигательных функций». По его мнению, индивидуальные различия у ребенка могут быть результатом генетических отклонений, биохимических нарушений, инсультов в перинатальном периоде, заболеваний или травм в периоды критического развития центральной нервной системы или других органических причин неизвестного происхождения.

После множества изменений в терминологии заболевания специалисты, наконец, остановились на названии, несколько сложном для понимания читателя, но более точно отражающем его сущность: «синдром дефицита внимания с гиперактивностью» (СДВГ). Именно под этим названием данная патология вошла в американскую классификацию заболеваний (DSM-III-R).

Как считают американские педиатры, смена названия заболевания позволяет избежать нежелательных последствий среди родителей. Раньше после постановки диагноза «легкая дисфункция мозга» родители обычно очень переживали и необоснованно считали, что у ребенка имеется повреждение мозга (мы можем успокоить родителей – это неправильно). У родителей появлялось беспокойство, страх, а у некоторых даже возникало депрессивное состояние. Так что приходилось лечить не только ребенка, но и родителей.

Возникновение симптомов заболевания относят к началу посещения детского сада (три года), а первое ухудшение к началу обучения в школе. Подобная закономерность объясняется неспособностью центральной нервной системы ребенка с этим заболеванием справляться с новыми требованиями, предъявляемыми ему в условиях увеличения психических и физических нагрузок. Максимальная выраженность проявлений синдрома совпадает с критическими периодами становления центральной нервной системы у детей. Три года – это начало активного развития внимания, памяти и речи. Форсированное повышение нагрузок в этом возрасте может привести не только к нарушениям поведения, в виде упрямства и непослушания, но и к отставанию в нервно-психическом развитии. Возраст шесть-семь лет – это критический период не только для становления письменной речи, но также и для произвольного внимания, памяти, целенаправленного поведения и других функций высшей нервной деятельности.

Поэтому если в дошкольном возрасте среди детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью преобладают гипервозбудимость, двигательная расторможенность, моторная неловкость, рассеянность, повышенная утомляемость, инфантилизм, импульсивность, то у школь-

* См.: Брызгунов И.П. Непоседливый ребенок, или все о гиперактивных детях. М., 2005. – Прим. ред.

ников на первый план выступают трудности обучения и отклонения в поведении. В подростковом возрасте симптомы заболевания могут стать причиной развития асоциального поведения: правонарушений, алкоголизма, наркомании. Неадекватность поведения, социальная дезадаптация, различные личностные расстройства могут стать причиной неудач и во взрослой жизни. В связи с этим усилия специалистов должны быть направлены на своевременное выявление и коррекцию этого заболевания. Ранняя терапия в детском возрасте позволит не только преодолеть отставание в нервно-психическом развитии ребенка, но будет способствовать формированию нормального поведения во взрослом возрасте.

Хочется подчеркнуть, что синдром дефицита внимания с гиперактивностью – это не только заболевание ребенка, но часто и матери. В начале у нее наступает период «истощения» – астеноневротическое состояние, а затем период угнетенного настроения. Поэтому лечить следует не только ребенка, но одновременно и мать. Основным симптомом, согласно новому названию, является признак «нарушения внимания»: ребенок не может сконцентрироваться более или менее продолжительное время на каком-либо занятии, его внимание перескакивает с одного предмета на другой. Такие дети часто бросают занятие, так и не достигнув результата. Следует отметить, что нарушения внимания встречаются в 100% случаев при данном заболевании, а двигательная расторможенность довольно часто, но не всегда.

Когда говорят «дефицит внимания», то под этим понимают неспособность сконцентрировать внимание в течение короткого промежутка времени. Ребенок не только не способен завершить выполнение поставленной задачи, но и небрежен в ее выполнении, в частности это касается школьных заданий. На уроке он не может работать вместе со всем классом, ему трудно вспомнить инструкцию учителя. Такое поведение обычно менее заметно в ситуации «один на один» или в условиях обычного окружения.

Так как внимание является одной из важнейших психических функций, обеспечивающих успешность обучения, то в конце первого полугодия гиперактивные дети уже заметно отстают в учебе от других детей. Их повышенная активность, неспособность сосредоточиться на чем-либо, а также нарушения восприятия, недостаточность речевого развития создают основу для возникновения учебных трудностей. Хотя психологи отмечают у них средний или даже выше среднего коэффициент интеллекта.

У них отмечают нарушения памяти, сниженную умственную работоспособность, повышенную утомляемость. Эти отклонения проявляются прежде всего на занятиях в школе. Ребенок на уроке часто отвлекается, не способен до конца выполнить задание, делает много

ошибок, но не из-за непонимания, а из-за невнимательности. Рассеянность увеличивается по мере выполнения задания, что свидетельствует о повышенной утомляемости нервной системы. Продуктивность работы таких детей в классе очень низкая. Основные характеристики внимания: концентрация, переключение, устойчивость, распределение, объем – ниже нормы. Объем оперативной памяти и мышления снижен, ребенок может удерживать в уме и оперировать ограниченным количеством информации, большая часть которой вскоре забывается. Долговременная память слабая, так как временные связи образуются с трудом. Характерная черта умственной деятельности детей с синдромом – цикличность. Время, в течение которого они могут продуктивно работать, не превышает 5–15 минут, по истечении которого они теряют контроль над умственной активностью. Какое-то время (3–7 минут) мозг «отдыхает», накапливая энергию и силы для следующего рабочего цикла. В моменты «отключения» ребенок занимается посторонними делами, а на слова учителя не реагирует. Затем умственная активность восстанавливается, и ребенок опять может продуктивно работать 5–15 минут, после чего мозг снова «отключается», и произвольное управление интеллектуальной деятельностью оказывается невозможным.

Такие особенности умственной деятельности в сочетании с нарушениями восприятия, речевого развития, координации рук способствуют возникновению у детей с синдромом трудностей в освоении чтения, письма, счета. Это отнюдь не связано с дефектом интеллекта. Имея неплохие интеллектуальные способности, гиперактивные дети отличаются сниженным интересом к интеллектуальным навыкам, художественно-изобразительному искусству. Определенные отклонения в мотивационной сфере, что проявляется частыми отказами что-либо делать, приводят у них к отсутствию интереса к систематическим, требующим внимания занятиям, а значит – к учебной деятельности.

Именно высокая реактивность ребенка прежде всего отмечается родителями и учителями при характеристике его поведения. Как правило, чаще всего гиперактивность свойственна мальчикам.

Деятельность гиперактивных детей нецеленаправленна, маломотивированна и не зависит от ситуации – они подвижны всегда, хотя к концу дня вследствие общего утомления «сверхаktivность» выражается в истериках, беспричинных приступах раздражения, плаксивости.

Такой ребенок все время торопится, суетится; приступает к заданию, не дослушав инструкции, а затем много раз переспрашивает, делает ошибки и не успевает за учителем. В тетради у него грязно, самостоятельные и контрольные он бросает недоделанными или, быстро сделав, сдает с ошибками. Ему трудно самоорганизоваться, поэтому на

занятиях он требует много внимания со стороны взрослых. Замечания и выговоры в этих случаях не помогают. Ребенок часто и сам не рад, но справиться, «убежать» от самого себя он не может. Окриками и наказаниями учитель только усугубляет ситуацию: ребенок теряется еще больше и окончательно отстает от класса. Теперь он не только не может, но и не хочет контролировать свое поведение.

Польские ученые провели специальное исследование уровня двигательной активности у детей с синдромом в сравнении со здоровыми. Оказалось, что у гиперактивных детей движения более простые, но темп выполнения гораздо выше: если здоровые дети делали 6,4 движения в минуту, то дети с синдромом – в 3,5 раза больше.

Двигательная активность верхних конечностей (пальцы, предплечье, плечи) у гиперактивных детей была в 2 раза больше, чем у здоровых (6,4 и 3,1 в минуту соответственно).

Наблюдения показывают, что в целом активность гиперподвижных детей в классе на 25–30% выше, чем у здоровых.

Также были проведены наблюдения относительно уровня двигательной активности в течение дня и ночи. Установлено, что дети с синдромом проявляют повышенную двигательную активность на занятиях в школе, дома и на улице, в будни и выходные дни. Однако их активность не отличается от поведения здоровых детей на уроках физкультуры, в перемены, во время обеда, то есть в ситуациях, когда все дети более подвижны. В отличие от здоровых детей у гиперактивных регистрировался высокий уровень двигательной активности во время сна в учебные дни, в выходные же дни этого не наблюдалось.

Помимо двигательной расторможенности для детей с синдромом свойственны нарушения моторного контроля, проявляющиеся в виде «мягкой» неврологической симптоматики: дискоординации движений по типу статико-локомоторной и динамической атаксии, тиков и навязчивых движений. Часто гиперактивность сочетается с недостаточной сформированностью мелкой моторики и навыков самообслуживания. Дошкольники и младшие школьники нередко испытывают сложности при застегивании пуговиц и завязывании шнурков, а также при занятиях конструированием, лепкой и рисованием. При обучении письму могут появляться дисграфии (неправильное написание элементов букв), «зеркальное» письмо, недописанные буквы.

Могут отмечаться также нарушения пространственной координации, проявляющиеся в неловкости, неуклюжести. Они как бы не «вписываются» в пространство, натыкаются на углы, часто идут напролом, не обращая внимания на препятствия.

Чрезвычайно важными для понимания природы гиперактивного поведения и для коррекции его проявлений являются нарушения эмоцио-

нальной сферы. Прежде всего, это чрезмерная возбудимость и импульсивность, обусловленные дефицитом сдерживающего контроля и саморегуляции поведения. Ребенок проявляет повышенную эмоциональную активность, которая выражается прежде всего в повышенной болтливости. В классе такой ученик – постоянная головная боль для учителя. Для детей с синдромом характерна частая смена настроения. Они легко переходят от слез к смеху, быстро забывают свои неудачи.

Непоследовательность и непредсказуемость в поведении делают гиперактивных детей нежелательными членами детского коллектива. Как правило, у них нарушены отношения как со сверстниками, так и со взрослыми.

В психическом отношении они отстают в своем развитии (парциальные задержки развития на 1,5–1,7 года), однако стремятся руководить. В отношении сверстников такие дети агрессивны и требовательны, эгоистичны. Не всегда они умеют сочувствовать и сопереживать. Не любят уступать в чем-либо и никогда не признаются в своей неправоте. Стремятся к лидерству, но не умеют действовать совместно с другими. Другие дети чаще всего отвергают их дружбу.

Из-за неприязни со стороны сверстников, из-за стремления верховодить они часто вынуждены общаться с самыми «покладистыми» или с более младшими детьми.

Гиперактивный ребенок досаждал не только детям, но и взрослым. В сравнении с другими детьми он легко идет на контакт с незнакомыми людьми, более того, он навязывает свое общение окружающим, встречается в разговоры взрослых, мешает им, всячески стараясь привлечь их внимание. Часто применяет для этого неадекватные приемы.

Гиперактивные дети своим поведением с самого раннего детства как бы бросают вызов окружающему миру. Они не похожи на других детей, их поведение резко выходит за рамки привычного для детей их возраста. Часто они чувствуют себя отверженными, отделенными от коллектива. Психологическое обследование выявляет у большинства из них повышенную тревожность, беспокойство, внутреннюю напряженность, переживание чувства страха. Такие дети в большей степени, чем другие подвержены депрессивному настроению, легко расстраиваются из-за неудач. Внешне независимые, именно они, в отличие от «тихих», психически устойчивых детей особенно нуждаются во внимании. Однако отсутствие навыков общения, привычка с вызовом принимать любую помощь приводят к тому, что своим поведением они ее отвергают.

Недостаточная сформированность чувства ответственности и навыков работы в коллективе, неспособность организовать собственную деятельность, социальная незрелость (в школе они продолжают вести себя как в детском саду, не могут усвоить новые обязанности) и отсут-

ствие ряда других умений вместе с учебными трудностями часто способствуют возникновению школьной дезадаптации.

Кроме нарушений внимания, повышенной двигательной активности и импульсивности для детей с синдромом характерны чрезмерная болтливость, раздражительность, инфантильное поведение, излишняя капризность (особенно к концу дня), отказы что-либо делать, которые ничем не мотивируются, агрессивность и другие отклонения поведения.

Проявления заболевания очень многообразны, разными авторами отмечается до 100 клинических особенностей. На первом месте стоят нарушения внимания – частота проявления составляет от 96 до 100%, затем повышенная двигательная активность – от 80 до 84%, импульсивность – 63–84%. В 80–90% случаев ребенку трудно усидеть на месте, он не заканчивает начатое дело, прерывает и вмешивается в разговор взрослых. В 73% случаев для него характерна частая смена деятельности, проблемы с учебой отмечаются в 80% случаев; имеются затруднения в плане социального развития – 64%, наблюдается болтливость – в 47% случаев; проявляются признаки агрессии – 32%; отмечаются нарушения сна – в 21% случаев.

По выраженности симптомов врачи классифицируют заболевание на три группы: легкую, среднюю и тяжелую. При легкой форме симптомы, наличие которых необходимо для постановки диагноза, выражены в минимальной степени, не наблюдается нарушений в школьной и социальной жизни. При тяжелой форме заболевания выявляется множество симптомов значительной степени выраженности, имеются серьезные учебные трудности, проблемы в социальной жизни. Средняя степень – это симптоматика между легкой и тяжелой формой заболевания.

Распространенность заболевания. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей встречается довольно часто. Об этом свидетельствуют исследования, проведенные в США, Великобритании, Германии, Чехословакии, Китае и других странах мира. Анализ литературы выявил широкую вариабельность данных по распространенности синдрома: в США эти цифры колеблются от 4 до 20%, в Великобритании – 1–3%, Германии – 9–18%, Италии – 3–10%, Чехословакии – 2–12%, Китае – 1–13%, Австралии – 7–10%. Такой широкий диапазон – от 1 до 20% – обусловлен прежде всего отсутствием единых диагностических критериев и методов оценки симптомов заболевания. Американские и канадские специалисты при диагностике пользуются «Диагностическим и статистическим руководством по психическим заболеваниям», которое периодически издается Американской психиатрической ассоциацией. В Великобритании и европейских странах принята «Международная классификация болезней» с жесткими критериями, позволяющими более реально оценивать распространенность этого заболевания.

В последние годы внедрение комплексной медико-психологической системы диагностирования позволяет оценить распространенность синдрома в нормальной популяции среди детей школьного возраста в пределах 2–8%. В клинике она составляет от 47% и выше.

В 1992–94 годах были проведены исследования в одной из московских школ и в школах подмосковного города Шатуры. В Москве среди детей 7–12 лет синдром дефицита внимания с гиперактивностью встречался в 18% случаев, несколько меньший процент был получен в г. Шатуре – 15%. Среди мальчиков симптомы заболевания выявлялись в 2 раза чаще, чем среди девочек (Кучма В.Р., Брызгунов И.П., 1994; Кучма В.Р., Платонова А.Г., 1997).

В 1997–99 годах авторами было проведено исследование распространенности заболевания в 3-х детских садах и 7 школах города Владимира, а также в школах г. Коврова, г. Кольчугина и в трех сельских школах Владимирской области. В исследовании участвовало около 5300 человек. В результате были получены следующие данные: среди детей 5–7 лет (старшая и подготовительная группа д/садов) распространенность синдрома составила 20%. Различий между мальчиками и девочками по частоте заболеваемости не наблюдалось. Во Владимире распространенность синдрома среди детей 7–12 лет составила 10%, а в целом среди детей школьного возраста – 4%, в Кольчугино она также составила 4%, в Коврове – 12%. В сельской местности частота симптомов заболевания была 8%. Всего распространенность заболевания среди детей школьного возраста во Владимире и Владимирской области составила 7%. Среди мальчиков симптомы выявлялись в 3 раза чаще, чем среди девочек.

Сравнение результатов двух эпидемиологических исследований показывает, что в Москве распространенность заболевания была на 80%, а в Шатуре – на 60% выше, чем во Владимире. Различное распределение детей с синдромом в Москве, подмосковном городе и во Владимире позволяет предположить влияние неодинаковых социальных факторов на развитие заболевания в этих городах.

Высокая распространенность синдрома дефицита внимания с гиперактивностью как в центральном регионе России, так и в странах мира подтверждает актуальность изучения этого заболевания в дальнейшем. Все исследователи подчеркивают более высокую распространенность заболевания среди мальчиков по сравнению с девочками. По данным авторов и литературы среди мальчиков 7–12 лет признаки синдрома диагностируются в 2–3 раза чаще, чем среди девочек. Среди подростков это соотношение составляет 1:1, а среди 20–25-летних – 1:2 с преобладанием девушек. В клинике соотношение мальчиков и девочек варьирует от 6:1 до 9:1. Кроме того, отмечаются половые различия в структуре и динамике поведенческих нарушений. У мальчиков симптомы

гиперактивности и другие нарушения поведения появляются с трех-четырёх лет, что заставляет родителей обращаться к врачу еще до поступления ребенка в школу.

Среди девочек гиперактивность встречается реже, заболевание у них чаще проявляется в виде нарушений внимания. У девочек поведенческие отклонения проявляются более скрыто и потому не выявляются при одно-двукратном наблюдении, соответственно – не лечатся и имеют более неблагоприятный прогноз. В гораздо большей степени по сравнению с мальчиками у них выражены социальная дезадаптация, учебные трудности, личностные расстройства.

По мнению О.В.Халецкой и В.М.Трошина (1995), максимальный пик проявления симптомов заболевания приходится на возраст 7–12 лет, как у мальчиков, так и у девочек. Похожие данные были получены авторами в ходе исследования распространенности синдрома дефицита внимания в г. Владимире. У детей с этой патологией прослеживалось достоверное снижение симптомов заболевания с первого по одиннадцатый классы. «Всплеск» симптомов заболевания в 12–15 лет в группе риска, а в группе с синдромом в 14 лет совпадает с периодом полового созревания. К концу периода полового созревания гиперактивность и эмоциональная импульсивность практически исчезают или маскируются другими личностными чертами, повышается самоконтроль и регуляция поведения, дефицит внимания сохраняется. *Нарушение внимания – основной признак заболевания*, поэтому именно он определяет дальнейшую динамику и прогноз заболевания.

Прогноз заболевания. Прогноз заболевания зависит от выраженности симптомов, своевременной постановки диагноза и проведения соответствующего лечения. При условии раннего терапевтического воздействия прогноз для этих детей благоприятный. Однако они нуждаются в постоянном наблюдении вплоть до окончания школы.

Специалисты отмечают вариабельность течения синдрома: нарушения могут продолжаться во время подросткового периода и во взрослой жизни. Снижение чрезмерной активности обычно является первым симптомом, с которого начинается ремиссия – облегчение течения болезни. Пик проявления двигательной расторможенности приходится на 6–7 лет, с обратным развитием к 14–15 годам, импульсивность снижается к окончанию школы, дефицит внимания, как правило, остается в той или иной степени в течение всей жизни. Ремиссии обычно не наблюдаются в возрасте моложе 12 лет.

Баркли (R.A. Barkley) отмечает, что от 25 до 50% гиперактивных детей «перерастают» этот синдром. Однако у 6–8% больных, по данным О.В.Халецкой и В.М.Трошина (1998), симптомы расстройства приводят к задержке психического развития, а в более старшем возрасте спо-

способствуют возникновению серьезных психопатологических расстройств и асоциальных состояний.

У остальных симптомы различной степени тяжести продолжают оставаться и приводят к проблемам в повседневной жизни. Таких людей часто сопровождает чувство «нетерпеливости и неугомонности», импульсивность, социальная неадекватность, чувство низкой самооценки. Они неорганизованны и плохо контролируют свою деятельность.

В подростковом возрасте у гиперактивных детей рано развивается тяга к алкоголю, наркотическим веществам. Для них в большей степени, чем для здоровых сверстников, характерна склонность к правонарушениям. Лишь небольшой процент (15% против 50% в контроле) из них заканчивает школу. В связи с этим данная патология представляет также серьезную социальную проблему. Своевременная диагностика и лечение ее симптомов за рубежом служат превентивной мерой для снижения детской и подростковой преступности.

Американские исследователи отмечают у взрослых с этим заболеванием повышенное число несчастных случаев, разводов, арестов и пребывания в тюрьме. Такие люди постоянно меняют место работы, нигде долго не задерживаясь, конфликтуют с начальством и другими служащими. Зарабатывают на жизнь, как правило, временным и неквалифицированным трудом. Так симптомы детского расстройства становятся причиной неудач в личной жизни и профессиональной карьере.

При снижении симптомов заболевания характерной чертой для этих людей остается пониженная способность к обучению и неспособность выполнять скучную, монотонную деятельность, не дающую выхода их активности.

ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ

В связи с тем, что клинические проявления синдрома очень разнообразны, при его диагностике используются стандартные диагностические критерии, разработанные Американской психиатрической ассоциацией и опубликованные в 4-м издании «Диагностического и статистического руководства по психическим заболеваниям (DSM-IV)» в 1994 году. Согласно этому руководству диагностика синдрома проводится по двум измерениям: нарушения внимания и гиперактивность/импульсивность.

Диагностические критерии синдрома дефицита внимания с гиперактивностью по DSM-IV

Для постановки диагноза необходимо присутствие 6-ти из 9 критериев в каждом измерении. При наличии повышенной невнимательности (присутствия шести и более признаков из 1-го измерения) и при

частичном соответствии критериям гиперактивности и импульсивности используется диагностическая формулировка «синдром дефицита внимания с преобладанием нарушений внимания».

При наличии повышенной реактивности и импульсивности (т.е. шести и более признаков из 2-го измерения) и при частичном соответствии критериям нарушений внимания используется диагностическая формулировка «синдром дефицита внимания с преобладанием гиперактивности и импульсивности».

В случае полного соответствия клинической картины одновременно всем перечисленным в таблице критериям ставится диагноз «сочетанная форма СДВГ».

Измерения	Признаки
<p>I. Нарушения внимания</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ребенок не может сосредоточиться, делает много ошибок из-за невнимательности. 2. Ему трудно поддерживать внимание при выполнении заданий или во время игр. 3. Легко отвлекается на посторонние стимулы. 4. Не может до конца закончить поставленную задачу. 5. Слушает, но кажется – что не слышит. 6. Избегает выполнения задач, требующих постоянного внимания. 7. Плохо организован. 8. Часто теряет личные вещи, необходимые в школе и дома (карандаши, книги, рабочие инструменты, игрушки). 9. Забывчив.
<p>II. Гиперактивность/импульсивность</p>	<p>Гиперактивность:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ребенок суетлив. 2. Неспособен усидеть на одном месте. 3. Много, но нецеленаправленно двигается (бегает, крутится, ерзает на своем месте). 4. Не может тихо, спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге. 5. Всегда нацелен на движение, ведет себя как «perpetuum mobile». 6. Болтлив. <p>Импульсивность:</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Часто начинает отвечать, не подумав и даже не дослушав вопрос. 8. С трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях. 9. В разговоре часто прерывает, мешает, пристает к окружающим.

При диагностике необходимо также обратить внимание на то, что симптомы расстройства должны были:

- появиться до 8 лет;
- наблюдаться не менее 6-ти месяцев в 2-х сферах деятельности ребенка (в школе и дома);
- не должны проявляться на фоне общего расстройства развития, шизофрении и других каких-либо нервно-психических расстройств;
- должны были вызывать значительный психологический дискомфорт и дезадаптацию.

На основе вышеперечисленных критериев были составлены анкеты для родителей и учителей (приложения 1 и 2 – см. стр. 214).

При положительных данных анкетирования и их подтверждении в устной беседе с родителями и учителями обследуемого ребенка определяют в группу риска развития синдрома. Для окончательной постановки диагноза обязательно проводится комплексное медико-психологическое обследование.

Медицинское обследование. Дети с признаками синдрома проходят общее обследование, в ходе которого врач проводит оценку состояния ребенка, наличия отклонений в развитии, нарушений восприятия и речи, а также слуха и зрения. При присутствии серьезных отклонений у ребенка и трудностях в постановке диагноза проводится специальное неврологическое обследование.

Данная патология часто сочетается с другими нарушениями, поэтому подробное клиническое обследование необходимо не только для уточнения диагноза, но и с целью проведения дифференциальной диагностики. Постановка диагноза включает несколько моментов. Врача интересует информация о том, как протекала беременность, роды, были ли нарушения, как в дальнейшем развивался ребенок. Также очень важны сведения о развитии речи, особенностях темперамента, активности в течение дня, характере сна, поведенческих проблемах, взаимоотношениях с друзьями. Обращается внимание на наличие соматических нарушений и заболеваний, в частности, извращенного аппетита, ночного недержания мочи, энкопреза (недержание кала). Не менее важна информация о психосоциальном окружении ребенка в семье: о состоянии взаимоотношений между родителями и другими членами семьи, об их отношении к ребенку, наличии вредных привычек (алкоголизм, наркомания) у членов семьи, психических заболеваниях. Необходимо также собрать сведения о материальном положении семьи.

Во-вторых, так как однократное наблюдение за ребенком в поликлинике не всегда дает врачу возможность для правильной постановки диагноза, используется специальный вопросник для родителей и учи-

телей (см. приложения 1 и 2), а также проводится подробное психологическое обследование.

Психологическое обследование. Психолог беседует с родителями и другими членами семьи, наблюдает за ребенком на приеме в поликлинике, во время занятий и игр. Он старается дополнить информацию об особенностях поведения и развития ребенка, полученную врачом.

В ходе психологического обследования проводится оценка уровня развития когнитивных функций (внимания, памяти, мышления), а также эмоциональных особенностей и двигательной сферы. Обращается внимание на личностные особенности ребенка, наличие акцентуации характера. Оценивается степень развития школьных навыков и социальные условия жизни.

Кроме стандартных психологических методик оценки внимания, памяти и мышления используются нейропсихологические методики: экспресс-диагностика памяти «Лурия-90», разработанная Э.Г. Симерницкой, пробы на уровень развития произвольных движений А.Р.Лурии и Н.И.Озерецкого в обработке Л.С.Цветковой. Для диагностики идеомоторной координации используются рисуночные техники: «Дом, дерево, человек»; «Несуществующее животное», «Автопортрет».

Всего при обследовании применяется до 10–15 методик. Это соответствует принципу синдромного анализа А.Р.Лурии. Он считал, что только применение целого комплекса разнообразных психодиагностических методик позволит точно провести диагностику нарушений высших психических функций.

В качестве основной методики для исследования внимания и оперативной памяти использовался тест Тулуз-Пьерона – один из вариантов «Корректирующей пробы», общий принцип которой был разработан Б. Бурдоном в 1895 году. Суть задания состоит в дифференцировании стимулов, близких по форме и содержанию, в течение определенного времени. Тест Тулуз-Пьерона первично направлен на изучение свойств внимания (концентрации, устойчивости, переключаемости) и психомоторного темпа, вторично – оценивает точность и надежность переработки информации, волевую регуляцию, личностные характеристики работоспособности и динамику работоспособности во времени (Ясюкова Л.А.). Тест используется при обследовании детей от 6 лет и старше. У более младших детей основными препятствиями для выполнения теста являются отсутствие необходимого уровня мотивации, готовности точно следовать инструкции и недостаточное развитие мелкой моторики.

Сведения, полученные врачом и психологом в ходе обследования позволяют выявить основные нарушения у ребенка, оценить степень их выраженности, предположить дальнейшее развитие заболевания. Од-

нако окончательный диагноз ставится лишь после проведения дифференциальной диагностики.

Дифференциальная диагностика. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью может иметь внешнее сходство с целым рядом других заболеваний. Для определения эффективного лечения необходимо дифференцировать его с целым рядом вторичных состояний и расстройств. Прежде всего, симптомы СДВГ следует разделять с нормальной, свойственной многим детям (особенно в дошкольном возрасте) высокой двигательной активностью. При этом необходимо иметь в виду возможность проявления индивидуальных особенностей темперамента, акцентуаций (крайних проявлений) характера. Важно также помнить, что функции внимания и самоконтроля у детей находятся в процессе естественного развития.

Внимание ребенка неразрывно связано с мотивацией, поэтому дети не склонны уделять интерес тому или иному занятию до тех пор, пока они не поймут, почему должны это делать. Ребенок не станет заниматься тем, что не кажется ему увлекательным либо не влечет за собой поощрения. В других случаях особенности поведения ребенка могут оказаться реакцией на кризисную ситуацию в семье, развод родителей, переход в другую школу, плохое отношение взрослых к ребенку, конфликт между ребенком и учителем, ребенком и родителями. Поэтому обязательным критерием при диагностике синдрома дефицита внимания является наблюдение признаков заболевания в поведении ребенка не менее полугода.

Сниженное внимание, замкнутость, импульсивность и раздражительность могут быть реакцией на умственное перенапряжение и стресс в условиях, когда к ребенку предъявляются завышенные требования. Так как у многих гиперактивных детей наблюдаются нарушения в развитии речи и сложности в освоении навыков письма, чтения и счета, это заболевание необходимо отличать от специфических трудностей обучения. Дислексия (нарушение чтения), дисграфия (нарушение письма) и дискалькулия (нарушение счета) часто сопровождаются нарушениями внимания и гиперактивностью, но последние являются в подобных случаях симптомами вторичного характера.

Нередко родители обращаются к врачу в связи с наличием у ребенка повышенной утомляемости, истощаемости, низкой умственной и психической работоспособности, наряду с которыми дети часто бывают беспокойными, суетливыми, расторможенными и капризными. Тщательное обследование детей обычно позволяет поставить диагноз астенического синдрома на фоне различных соматических заболеваний, перенесенных инфекций и интоксикации. Для астенического синдрома также характерны головные боли и вегетативная лабильность.

Прием некоторых лекарств также может отражаться на поведении ребенка. Так у детей, страдающих бронхиальной астмой и принимающих препарат *теофиллин*, наблюдаются его побочные действия – нарушение внимания и ухудшение поведения. Синдром дефицита внимания часто сочетается со следующими расстройствами: учебные трудности, поведенческие расстройства, тревожность или расстройства настроения, языковые и коммуникативные нарушения, нарушения координации, болезнь Туретта, которая характеризуется генерализованными тиками с различными гиперкинезами.

Дифференциальная диагностика СДВГ также проводится с такими патологическими состояниями, как посттравматическая энцефалопатия, тиреотоксикоз, фетальный алкогольный синдром (алкоголизация плода в утробе матери), хроническое отравление свинцом, нелеченная фенилкетонурия, постинфекционная энцефалопатия, синдром кратковременных судорог, выраженное нарушение развития, ревматическая хорея. Последняя характеризуется произвольными, нерегулярными размахистыми движениями без координации и целенаправленности.

Компьютерная томография головного мозга назначается только по показаниям.

Н.Н.Заваденко и другие отмечают необходимость разграничения синдрома дефицита внимания с различными психическими расстройствами, включая олигофрению легкой степени, аутизм, шизофрению, маниакально-депрессивный синдром. В частности олигофрения легкой степени может быть ошибочно принята за СДВГ, так как часто сочетается со слабостью внимания, двигательной расторможенностью, моторной неловкостью, стереотипными движениями. Шизофрения и депрессия у детей также могут сопровождаться избыточной активностью и дефицитом внимания, однако непостоянный характер этих нарушений, семейная отягощенность по данным заболеваниям делают возможным их разграничение с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

Наличие вышеперечисленных расстройств и состояний в сочетании с симптомами синдрома дефицита внимания затрудняет диагностику и требует более длительного лечения. Кроме того, такие формы заболевания в отличие от «чистого» СДВГ имеют неблагоприятный прогноз и больший процент сохранения во взрослом возрасте.

Особое внимание необходимо обратить на возможное отравление свинцом. Этот металл относится к той группе ядов и веществ, при воздействии которых отмечается многостороннее действие на организм, включая центральную нервную систему. При тяжелом отравлении свинцом развивается свинцовая энцефалопатия, проявляющаяся поведенческими нарушениями, раздражительностью, беспокойством, неспособностью к длительной концентрации внимания, потерей интереса к ок-

ружающему. При подозрении, что ребенок подвергся экспозиции свинца, проводят определение содержания свинца в сыворотке крови.

Неопытный врач, не советуясь с психологами и другими врачами, в некоторых случаях может поставить неправильный диагноз. При неврозах у детей тоже может наблюдаться психомоторное беспокойство, эмоциональная лабильность, повышенная отвлекаемость. Особенности поведения, сходные с симптомами СДВГ, могут наблюдаться и у совершенно здоровых детей. Например, у одаренных детей, занимающихся в обычном классе, невнимательность и повышенная двигательная активность объясняются тем, что им просто скучно в школе. Следует обращать внимание на состояние слуха и зрения ребенка. Если он плохо видит, а сидит на задней парте, то он может проявлять беспокойство и невнимательность, что отнюдь не связано с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

ПРИЧИНЫ И МЕХАНИЗМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Несмотря на многочисленные исследования, посвященные изучению причин заболевания, окончательной ясности в этом вопросе пока не достигнуто. Предполагается, что на развитие синдрома влияет множество факторов.

Наличие в истории болезни органического поражения центральной нервной системы (пре- и перинатальной патологии, нейроинфекции, интоксикации, черепно-мозговой травмы) удается установить не у всех больных детей. Как обнаружено в последнее время, развитию заболевания способствует наличие наследственной предрасположенности и неблагоприятное психосоциальное окружение ребенка.

Большое значение для нормального формирования центральной нервной системы имеют особенности развития детского организма. На любом из этапов ребенок может подвергаться воздействию неблагоприятных факторов, что и приводит к развитию заболевания. Все точки зрения на причину и течение заболевания можно объединить в три большие группы: биологические, психосоциальные и генетические.

Биологические и психосоциальные причины. Странники первой группы причин – биологических – считают, что существует достоверная связь заболевания с органическими поражениями головного мозга, возникающими во время беременности и родов, а также в первые годы после рождения. Доказательством этого служат данные ретроспективного изучения раннего периода развития детей.

Биологические факторы заболевания по времени их воздействия подразделяют на пре-, перинатальную и раннюю постнатальную патологию. К факторам пренатальной патологии могут быть отнесены ток-

сикозы во время беременности, обострения хронических заболеваний у матери, инфекционные заболевания во время беременности, принятие больших доз алкоголя и курение матери во время беременности, травмы в области живота, иммунологическая несовместимость по резус-фактору, попытки прервать беременность или угроза выкидыша. На еще не родившегося ребенка влияют также и психосоциальные факторы: стрессы и психотравмы, испытываемые матерью, а также нежелание иметь данного ребенка (Тржесоглава З.). Большое значение имеет возраст родителей. Исследования авторов показали, что риск развития патологии велик, если возраст матери во время беременности был меньше 19 или больше 30 лет, а возраст отца превышал 39 лет.

Также на развитие заболевания влияют осложнения в родах: преждевременные, скоротечные или затяжные роды, стимуляция родовой деятельности, отравление наркозом при кесаревом течении – все это может иметь отрицательные последствия на развитие ребенка. Родовые осложнения, связанные с неправильным положением плода, обвитие его пуповиной помимо асфиксии могут повлечь за собой внутренние мозговые кровоизлияния, различные травмы, в том числе плохо диагностируемые легкие смещения шейных позвонков.

В ряде исследований отмечена корреляция между нарушением поведения в школьном возрасте и с низким весом ребенка при рождении, недоношенностью. Так, у детей, родившихся с очень низкой массой тела, в раннем школьном возрасте гораздо чаще выявляются нарушения поведения с повышенной двигательной активностью.

Любые заболевания в младенчестве, сопровождающиеся высокой температурой и приемом сильнодействующих лекарств, могут отрицательно сказываться на созревании мозга, которое продолжается вплоть до 12 лет. Сотрясения, сильные ушибы и травмы головы могут серьезно нарушить деятельность мозга в любом возрасте. Такие заболевания как астма, частые пневмонии, сердечная недостаточность, нефропатии, нарушения обмена веществ, частые аллергии могут выступать как постоянные факторы, негативно влияющие на нормальную работу мозга (Яскова Л.А.)

Биологические факторы играют решающую роль в первые два года жизни ребенка, в последующем они опосредуются психосоциальными факторами. Развитие ребенка во многом определяется характером его окружения, прежде всего в семье. Большое влияние оказывает психологический микроклимат: ссоры, конфликты, алкоголизм, аморальное поведение родителей отражаются на психике ребенка. Значение имеют и особенности воспитания – гиперопека, эгоистическое воспитание по типу «кумира семьи» или наоборот педагогическая запущенность, как уже говорилось ранее, могут стать причиной развития психопатоло-

гии. Не последнюю роль играют бытовые условия проживания и материальная обеспеченность. Кинг и Ноншпиц (R.A.King, J.D.Noshpitz) установили, что у детей из семей с высоким социально-экономическим статусом последствия пре- и перинатальной патологии исчезают к моменту поступления в школу, тогда как у детей из неблагополучных в этом отношении семей они продолжают сохраняться.

Роль наследственной предрасположенности. У 10–25% больных по данным Э.Тржесоглавы и Баркли (R.A.Barkley) отмечается наследственная предрасположенность к этому заболеванию. В связи с этим была выдвинута гипотеза о существовании семейных форм синдрома дефицита внимания (Глезерман Т.Б.). Специалисты отмечают в таких семьях кроме симптомов СДВГ частое употребление алкоголя, наличие асоциальных психопатий, аффективных расстройств.

Родители гиперактивных детей на поликлиническом приеме нередко говорили, что в детстве у них наблюдались те же особенности поведения, что и у их ребенка.

В пользу наследственной природы синдрома дефицита внимания свидетельствуют результаты генеалогических исследований. Изучение двигательной активности у близнецов показало, что корреляционная связь с этим признаком у гомозиготных (однойяйцовых) близнецов была высокой, у гетерозиготных (двухяйцевых) – низкой. На основании этого автор считает возможным предсказывать наличие у второго гомозиготного близнеца гиперподвижности. У гетерозиготных близнецов такой возможности не имеется (Serman D.K.).

С развитием молекулярной генетики наследственная концепция СДВГ получила новые подтверждения. Были обнаружены нарушения нескольких генов, связанных с симптомами заболевания. Однако поиски определенного гена, вызывающего данное расстройство поведения и внимания, пока не увенчались успехом. Ученые-генетики считают, что требуется еще много дополнительных исследований, чтобы прийти к окончательному выводу о роли генетического фактора в происхождении заболевания. Можно предположить, что экологическое неблагополучие, которое сейчас переживают все страны, вносит определенный вклад в рост нервно-психических заболеваний, в том числе и СДВГ.

Например, диоксины – сверхядовитые вещества, возникающие при производстве, обработке и сжигании хлорированных углеводородов. Они часто применяются в промышленности и домашнем хозяйстве и могут приводить к канцерогенному и психотропному действию, а также к тяжелым врожденным аномалиям у детей. Загрязнение окружающей среды солями тяжелых металлов, таких как молибден, кадмий, ведет к расстройству центральной нервной системы. Соединения цин-

ка и хрома играют роль канцерогенов. Увеличение содержания свинца – сильнейшего нейротоксина – в окружающей среде может быть причиной появления поведенческих нарушений у детей. Известно, что содержание свинца в атмосфере в настоящее время в 2000 раз выше, чем во время индустриальной революции.

Можно привести еще много факторов, которые могут являться потенциальными причинами расстройства. Обычно при диагностике выявляется целая группа возможных причин, то есть природа этого заболевания носит комбинированный характер.

Механизмы развития заболевания. В связи с разнообразием причин заболевания существует целый ряд концепций, описывающих предполагаемые механизмы его развития.

Сторонники генетической концепции предполагают наличие врожденной неполноценности функциональных систем мозга, отвечающих за внимание и моторный контроль, в частности в области фронтальной коры и базальных ганглий. Роль нейромедиатора в этих структурах выполняет дофамин. В результате молекулярных генетических исследований у детей с выраженной гиперактивностью и нарушениями внимания были выявлены аномалии в структуре генов дофамина рецептора и дофамина транспортера. Однако четких экспериментальных доказательств для объяснения механизма развития (патогенеза) синдрома с позиций молекулярной генетики пока недостаточно.

Кроме генетической выделяют также нейропсихологическую теорию. У детей с синдромом отмечают отклонения в развитии высших психических функций, отвечающих за моторный контроль, саморегуляцию, внутреннюю речь, внимание и оперативную память. Нарушение этих «исполнительных» функций, отвечающих за организацию деятельности, может приводить к развитию синдрома дефицита внимания с гиперактивностью – так считает Баркли (R.A.Barkley) в своей унифицированной теории СДВГ.

В результате проведенных нейрофизиологических исследований – ядерного магнитного резонанса, позитронно-эмиссионной и компьютерной томографии – ученые выявили у этих детей отклонения в развитии фронтальных отделов коры, а также базальных ганглий и мозжечка. Предполагается, что эти нарушения приводят к задержке созревания функциональных систем мозга, ответственных за моторный контроль, саморегуляцию поведения и внимание (Castellanos F.X.).

Одна из последних гипотез происхождения заболевания – нарушение метаболизма дофамина и норадреналина, выполняющих роль нейромедиаторов центральной нервной системы.

Эти соединения влияют на деятельность основных центров высшей нервной деятельности: центр контроля и торможения двигательной и

эмоциональной активности, центр программирования деятельности, системы внимания и оперативной памяти. Кроме того, эти нейромедиаторы выполняют функции положительной стимуляции и участвуют в формировании стресс-реакции. Таким образом, дофамин и норадреналин участвуют в модуляции основных высших психических функций, что обуславливает возникновение различных нервно-психических расстройств при нарушении их обмена.

Непосредственные измерения дофамина и его метаболитов в спинномозговой жидкости выявили снижение их содержания у больных с синдромом. Содержание норадреналина наоборот было повышено (Levy F., Biederman J., Spencer T.). Исследования авторов также показали нарушение обмена дофамина у гиперактивных детей.

Помимо прямых биохимических измерений доказательством нейрохимической гипотезы служит благоприятный эффект при лечении больных детей психостимуляторами, которые в частности влияют на высвобождение дофамина и норадреналина из нервных окончаний.

Существуют и другие гипотезы, описывающие механизмы СДВГ: концепция диффузной церебральной дисрегуляции О.В.Халецкой и В.М.Трошина, генераторная теория Г.Н.Крыжановского, теория задержки нейроразвития Э.Тржесоглавы. Но окончательного ответа на вопрос о патогенезе заболевания пока не найдено.

ЛЕЧЕНИЕ И КОРРЕКЦИЯ СДВГ

После уточнения причин заболевания и выявления сопутствующих нарушений ставится диагноз с указанием преобладающих отклонений – дефицита внимания, гиперактивности/импульсивности или сочетания этих нарушений. На основе диагностических данных выстраивается индивидуальная схема лечения и психолого-педагогической коррекции.

Целью терапии является уменьшение нарушений поведения и учебных трудностей. Для этого прежде всего необходимо изменить окружение ребенка в семье, школе и создать благоприятные условия для коррекции симптомов расстройства и преодоления отставания в развитии высших психических функций.

Лечение детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью должно включать комплекс методик, или – как говорят специалисты – быть «мультимодальным». Это значит, в нем надлежит участвовать педиатру, психологу (а если такового нет, то педиатр должен обладать определенными знаниями в области клинической психологии), педагогам и родителям. Только коллективная работа вышеназванных специалистов позволит добиться хорошего результата.

«Мультимодальное» лечение включает следующие этапы:

- просветительские беседы с ребенком, родителями, учителями;
- обучение родителей и учителей поведенческим программам;
- расширение круга общения ребенка через посещение различных кружков и секций;
- специальное обучение в случае затруднений с учебной;
- медикаментозная терапия;
- аутогенная тренировка и суггестивная терапия (гипноз).

В начале лечения врач и психолог обязательно проводят просветительскую работу. Родителям (желательно также классному учителю) и ребенку обязательно разъясняют смысл предстоящего лечения.

Взрослые часто не понимают, что происходит с ребенком, но его поведение их раздражает. Не зная о наследственной природе СДВГ, они объясняют поведение сына (дочери) «неправильным» воспитанием и обвиняют друг друга. Специалисты должны помочь родителям разобраться в поведении ребенка, объяснить, на что реально можно надеяться и как вести себя с ребенком. Необходимо испробовать все многообразие методик и выбрать наиболее эффективные при данных нарушениях. Психолог (врач) должен объяснить родителям, что улучшение состояния ребенка зависит не только от назначаемого лечения, но в значительной мере от доброго, спокойного и последовательного отношения к ребенку. Дети направляются на лечение лишь после проведения комплексного обследования.

Мы адаптировали схему коррекции СДВГ, принятую за рубежом, для учителей и родителей (приложение 3 и 4).

1. Медикаментозная терапия

За рубежом лекарственная терапия СДВГ используется более чем широко, например, в США применение лекарств является ключевым моментом лечения. Но до сих пор нет единого мнения о результативности принимаемых препаратов, нет и единой схемы их приема. Одни врачи считают, что назначаемые препараты приносят лишь кратковременный эффект, другие отрицают это.

При нарушениях поведения (повышенной двигательной активности, агрессии, возбудимости) чаще всего назначают психостимуляторы, реже антидепрессанты и нейролептики. Психостимуляторы впервые стали применяться для лечения двигательной расторможенности и нарушений внимания с 1937 года и до сих пор это самые эффективные препараты при этом заболевании: во всех возрастных группах (дети, подростки, взрослые) улучшение наблюдается в 75% случаев. К этой группе препаратов относится *метилфенидат* (коммерческое название – *риталин*), *декстроамфетамин* (*декседрин*) и *пемолин* (*цилерт*). При их приеме у гиперактивных детей улучшается поведение, когнитивные и социальные

функции: они становятся более внимательными, успешно выполняют задания в классе, у них повышается успеваемость, улучшаются взаимоотношения с окружающими (Spencer T.J., Biederman J.).

Высокая эффективность психостимуляторов объясняется широким спектром их нейрохимического действия, которое направлено в первую очередь на дофамин- и норадренергические системы мозга. До конца неизвестно – увеличивают или снижают эти препараты содержание дофамина и норадреналина в синаптических окончаниях. Предполагается, что они оказывают общее «раздражающее» действие на эти системы, которое и приводит к нормализации их функций. Доказана прямая корреляция между улучшением метаболизма катехоламинов и снижением симптомов СДВГ (Zametkin A.J., Rapoport J.L.). В нашей стране эти препараты пока не зарегистрированы и не используются.

Только врач, который знает состояние ребенка, наличие или отсутствие тех или иных соматических заболеваний, может назначить препарат в соответствующей дозировке и будет следить за ребенком, выявляя возможные побочные действия препарата. А они могут наблюдаться. Сродни них можно назвать потерю аппетита, бессонницу, увеличение частоты пульса и кровяного давления, лекарственную зависимость. Менее часто возникают боли в животе, головокружение, головные боли, сонливость, сухость во рту, запоры, раздражительность, эйфория, плохое настроение, беспокойство, ночные кошмары. Встречаются гиперчувствительные реакции в виде кожных сыпей, отеков. На эти признаки родители должны сразу обращать внимание и как можно быстрее сообщать лечащему врачу.

В начале 70-х годов в медицинской периодической печати появились сообщения, что длительный прием *метилфенидата* или *декстроамфетамина* приводит к задержке роста ребенка. Однако дальнейшие неоднократные исследования не подтвердили связи между отставанием в росте и действием этих препаратов. З.Тржесоглава видит причину задержки роста не в действии стимуляторов, а в общем отставании развития этих детей, которая при своевременной коррекции может быть ликвидирована.

В одном из последних исследований, проведенных американскими специалистами в группе детей от 6 до 13 лет, было показано, что *метилфенидат* наиболее эффективен у детей младшего возраста. Поэтому авторы рекомендуют назначать этот препарат как можно раньше, с 6–7 лет. Лекарство дают ребенку утром, до ухода в школу и второй раз – днем – после занятий. На ночь, вследствие возможной бессонницы, препарат принимать нельзя.

Существует несколько стратегий лечения заболевания. Лекарственная терапия может проводиться непрерывно либо используется метод

«лекарственных каникул», то есть в выходные дни и в каникулярное время лекарство не принимается.

Однако нельзя надеяться только на лекарственные препараты, так как:

- 1) не у всех больных наблюдается ожидаемый эффект;
- 2) психостимуляторы, как и любые лекарства, имеют ряд побочных действий;
- 3) применение одних только лекарств не всегда улучшает поведение ребенка.

В ходе многочисленных исследований было показано, что психолого-педагогические методы позволяют достаточно успешно и более длительно корректировать нарушения поведения и трудности в учебе, чем использование лекарств. Медикаменты назначаются не раньше 6 лет и только по индивидуальным показаниям: в тех случаях, когда нарушения когнитивных функций и отклонения в поведении ребенка не могут быть преодолены с помощью психолого-педагогических и психотерапевтических методов коррекции.

Эффективное использование стимуляторов ЦНС за рубежом в течение десятилетий сделало их «магическими пилюлями» (Spencer T.J.), однако серьезным недостатком остается кратковременность их действия. Многолетние исследования показали, что дети с синдромом, проходившие в течение нескольких лет курсы психостимуляторов, не отличались по успеваемости от больных детей, не получавших никакой терапии (Jacobvitz D.). И это несмотря на то, что непосредственно в ходе лечения наблюдалась отчетливая положительная динамика.

Кратковременность действия и побочные эффекты психостимуляторов привели к тому, что избыточное назначение их в 1970–80-х годах уже в начале 90-х сменилось индивидуальным назначением с анализом каждого конкретного случая и периодической оценкой успешности лечения.

В 1990-м году Американская академия педиатров выступила против одностороннего применения медикаментов при лечении синдрома дефицита внимания и гиперактивности. Была вынесена следующая резолюция: «Медикаментозной терапии должна предшествовать педагогическая и поведенческая коррекция...» (Campbell L.R., Cohen M. J.). В соответствии с этим приоритетной стала когнитивно-поведенческая терапия, а медикаменты применяются только в комплексе с психолого-педагогическими методиками.

2. Поведенческая психотерапия

Среди психолого-педагогических методов коррекции синдрома дефицита внимания главная роль отводится поведенческой психотерапии. За рубежом существуют центры психологической помощи, в кото-

рых проводится специальное обучение родителей, учителей и детских врачей этим методикам. Ключевым моментом поведенческой программы коррекции служит изменение окружения ребенка в школе и дома с целью создания благоприятных условий для преодоления отставания в развитии психических функций.

Домашняя программа коррекции включает:

- *изменение поведения взрослого и его отношения к ребенку* (демонстрировать спокойное поведение, избегать слов «нет» и «нельзя», взаимоотношения с ребенком строить на доверии и взаимопонимании);
- *изменение психологического микроклимата в семье* (взрослые должны меньше ссориться, больше времени уделять ребенку, проводить досуг всей семьей);
- *организацию режима дня и места для занятий;*
- *специальную поведенческую программу*, предусматривающую преобладание методов поддержки и вознаграждения.

В домашней программе преобладает поведенческий аспект, в школе же основной упор делается на когнитивную терапию, чтобы помочь детям справиться с трудностями в учебе.

Школьная программа коррекции включает:

- *изменение окружения* (место ребенка в классе – рядом с учителем, изменение режима урока с включением минуток активного отдыха, регулирование взаимоотношений с одноклассниками);
- *создание положительной мотивации, ситуаций успеха;*
- *коррекцию негативных форм поведения*, в частности немотивированной агрессии;
- *регулирование ожиданий* (касается и родителей), так как положительные изменения в поведении ребенка проявляются не так быстро, как бы хотелось окружающим.

Поведенческие программы требуют значительного умения, взрослым приходится прилагать всю свою фантазию и опыт общения с детьми, чтобы во время занятий поддерживать мотивацию постоянно отвлекающегося ребенка.

Коррекционные методики будут эффективны лишь при условии тесного сотрудничества семьи и школы, которое обязательно должно включать обмен информацией между родителями и учителями посредством совместных семинаров, курсов-тренингов и т.д. Успех в лечении будет гарантирован при условии поддержания единых принципов в отношении к ребенку дома и в школе: система «вознаграждения», помощь и поддержка взрослых, участие в совместной деятельности. Непрерывность лечебной терапии в школе и дома – главный залог успеха.

Кроме родителей и учителей большую помощь в организации программы коррекции должны оказывать врачи, психологи, социальные педагоги – те, кто может оказать профессиональную помощь в индивидуальной работе с таким ребенком.

Коррекционные программы должны быть ориентированы на возраст 5–8 лет, когда компенсаторные возможности мозга велики и не успел сформироваться еще патологический стереотип (Трошин В.М. и др.).

На основе литературных данных и собственных наблюдений нами были разработаны конкретные рекомендации для родителей и учителей по работе с гиперактивными детьми (приложения 3–5, стр. 215–222).

Необходимо помнить, что негативные методы воспитания неэффективны у этих детей. Особенности их нервной системы таковы, что порог чувствительности к отрицательным стимулам очень низок, поэтому они не восприимчивы к выговорам и наказанию, но легко отвечают на малейшую похвалу. Хотя способы вознаграждения и поощрения ребенка надо постоянно менять.

Домашняя программа вознаграждения и поощрения включает следующие моменты:

1. Каждый день перед ребенком ставится определенная цель, которую он должен достичь.
2. Усилия ребенка при достижении этой цели всячески поощряются.
3. В конце дня поведение ребенка оценивается в соответствии с достигнутыми результатами.
4. Родители периодически сообщают лечащему врачу об изменениях в поведении ребенка.
5. При достижении значительного улучшения в поведении ребенок получает давно обещанное вознаграждение.

Примерами поставленных целей для ребенка могут быть: хорошее выполнение домашних заданий, помощь более слабому однокласснику в приготовлении уроков, примерное поведение, уборка в своей комнате, приготовление обеда, покупки и другие.

В разговоре с ребенком и особенно, когда вы даете ему задания, избегайте директивных указаний, поверните ситуацию таким образом, чтобы ребенок почувствовал: он сделает полезное дело для всей семьи, ему всецело доверяют, на него надеются. При общении с сыном или дочерью избегайте постоянных одергиваний типа «сиди спокойно» или «не болтай, когда я с тобой разговариваю» и других нелицеприятных для него вещей.

Несколько примеров поощрений и вознаграждений: разрешите ребенку посмотреть телевизор вечером на полчаса дольше положенного времени, угостите специальным десертом, дайте возможность участвовать в играх вместе со взрослыми (лото, шахматы), позвольте лиш-

ний раз сходить на дискотеку, купите ту вещь, о которой он давно мечтает. Если ребенок в течение недели ведет себя примерно, в конце недели он должен получить дополнительное вознаграждение. Это может быть какая-то поездка вместе с родителями за город, экскурсия в зоопарк, в театр и т.д.

Приведенный вариант поведенческого тренинга является идеальным и не всегда его использование возможно у нас в настоящее время. Но родители и учителя могут использовать отдельные элементы этой программы, взяв ее основную идею: поощрение ребенка за выполнение поставленных целей. Причем не имеет значения, в каком виде это будет представлено: материальное вознаграждение или просто ободряющая улыбка, ласковое слово, повышенное внимание к ребенку, физический контакт (поглаживание).

При неудовлетворительном поведении рекомендуется легкое наказание, которое должно быть немедленным и неизбежным. Это может быть просто словесное неодобрение, временная изоляция от других детей, лишение «привилегий».

Родителям рекомендуется написать список того, что они ожидают от ребенка в плане поведения. Этот список в доступной манере объясняется ребенку. После этого все написанное неукоснительно соблюдается, и ребенок поощряется за успех в его выполнении. От физического наказания необходимо воздерживаться.

3. Специальное обучение: за и против

Если ребенку трудно учиться в обычном классе, то по решению медико-психолого-педагогической комиссии его переводят в специализированный класс.

Ребенку с СДВГ может помочь обучение в особых условиях, соответствующих его способностям. Основные причины плохой успеваемости при данной патологии – невнимательность и отсутствие должной мотивации и целеустремленности, иногда в сочетании с парциальными задержками развития школьных навыков. В отличие от обычной «задержки психического развития» они являются временным явлением и при интенсивных занятиях могут успешно нивелироваться. При наличии парциальных задержек рекомендуется класс коррекции, а при нормальном интеллекте – класс для догоняющих (Ясюкова Л.А.).

Обязательным условием обучения детей с СДВГ в коррекционных классах является создание благоприятных условий для развития: наполняемость не более 10 человек в классе, обучение по специальным программам, наличие соответствующих учебников и развивающих материалов, индивидуальные занятия с психологом, логопедом и другими специалистами. Класс желательно изолировать от внешних звуковых раздражителей, в нем должно быть минимальное количество

отвлекающих и стимулирующих предметов (картин, зеркал и т.д.); ученики должны сидеть отдельно друг от друга, учащихся с более выраженной двигательной активностью следует усаживать за предметные столы ближе к учителю, чтобы исключить их влияние на других детей. Продолжительность занятий сокращается до 30–35 минут. В течение дня обязательно проводятся занятия по аутогенной тренировке.

Специалистами были проанализированы положительные и отрицательные стороны организации специализированных классов, и они пришли к заключению, что такие классы необходимы не только для больных детей, но и для здоровых коллективов, которые, исключив больных, индуцирующих своим поведением одноклассников, имеют лучшие условия для успешного обучения.

Дети с синдромом требуют постоянной медико-педагогической помощи («консультативного сопровождения»). В некоторых случаях на 1–2 четверти их следует переводить в санаторное отделение, в котором наряду с обучением будут проводиться и лечебные мероприятия (Бадалян Л.О.).

После лечения, средний срок которого составляет по данным З. Тржеголавы 17–20 месяцев, дети могут вернуться в обычные классы.

4. Двигательная активность

Лечение детей с СДВГ обязательно должно включать физическую реабилитацию. Это специальные упражнения, направленные на восстановление поведенческих реакций, выработку координированных движений с произвольным расслаблением скелетной и дыхательной мускулатуры.

Положительный эффект физических упражнений, особенно на сердечно-сосудистую и дыхательную системы организма, хорошо известен всем врачам. Мышечная система отвечает увеличением работающих капилляров, при этом увеличивается снабжение тканей кислородом; кровоток уменьшается, в результате чего улучшается обмен веществ между мышечной клеткой и капиллярами. Молочная кислота легко удаляется, поэтому предотвращается мышечная усталость. Содержание гликогена в мышцах и в печени, а также энергия произведенных фосфатов увеличивается под влиянием систематической тренировки.

В дальнейшем тренировочный эффект сказывается на увеличении количества основных ферментов, воздействующих на кинетику биохимических реакций. Повышается содержание миоглобина. Он не только ответственен за хранение кислорода, а также служит как бы катализатором, повышая скорость биохимических реакций в мышечных клетках. Большинство проведенных экспериментов показало, что ме-

ханизм улучшения самочувствия связан с усиленной продукцией при длительной мышечной активности особых веществ – эндорфинов, которые благотворно влияют на психическое состояние человека.

Одним из главных симптомов заболевания является повышенная двигательная активность. Перед врачами встал вопрос: можно ли рекомендовать физическую нагрузку таким детям, если да, то в каком объеме?

Нами совместно с чешскими учеными был проведен ряд исследований состояния сердечно-сосудистой системы у 30 больных и 17 здоровых детей.

Ортостатическое исследование выявило более высокую лабильность вегетативной нервной системы у 2/3 больных детей по сравнению с контрольной группой, что дает основание предполагать снижение ортостатической адаптации у детей с синдромом.

«Разбалансировка» иннервации сердечно-сосудистой системы была выявлена и при определении физической работоспособности с помощью велоэргометра. Ребенок крутил педали в течение 6 минут при 3-х видах субмаксимальной нагрузки (1–1,5 ватта/кг массы тела) с минутным перерывом перед последующей нагрузкой.

Было показано, что при физической нагрузке субмаксимальной интенсивности частота сердечных сокращений у детей с синдромом более выражена по сравнению с контрольной группой. При максимальных нагрузках функциональные возможности системы кровообращения нивелировались и максимальный транспорт кислорода соответствовал уровню в контрольной группе.

Эти данные позволяют выработать рекомендации для занятий физической культурой детям с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью:

- так как физическая работоспособность этих детей в ходе исследований практически не отличалась от уровня контрольной группы, то двигательную активность им можно назначать в таком же объеме, что и здоровым детям;
- необходимо иметь в виду, что не все виды физической активности могут быть полезны для гиперактивных детей. Для них не показаны игры, где сильно выражен эмоциональный компонент (соревнования, показательные выступления). Рекомендуются физические упражнения, носящие аэробный характер в виде длительного, равномерного тренинга легкой и средней интенсивности: длительные прогулки, бег «трусцой», плавание, лыжи, езда на велосипеде и другие. Особое предпочтение следует отдавать длительному равномерному бегу, который благотворно влияет на психическое состояние, снимает напряженность, улучшает самочувствие.

Перед тем как ребенок начнет заниматься физическими упражнениями, он должен пройти медицинский осмотр с целью исключения заболеваний, прежде всего сердечно-сосудистой системы.

Давая рекомендации по рациональному двигательному режиму детям с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, врач должен учитывать не только особенности данного заболевания, но и ростовые данные детского организма, а также наличие гиподинамии. Известно, что только мышечная активность создает предпосылки для нормального развития организма в детском возрасте, а дети с синдромом, вследствие общей задержки развития, часто отстают в росте и массе тела от здоровых сверстников.

5. Психотерапия

С нашей точки зрения, синдром дефицита внимания и гиперактивности – это заболевание не только ребенка, но и взрослых, прежде всего матери, которая наиболее часто с ним контактирует. Врачами давно подмечено, что мать такого ребенка излишне раздражительна, импульсивна, у нее часто снижено настроение. Часто у матерей, имеющих детей с синдромом, наблюдается астеноневротическое состояние, требующее психотерапевтического лечения.

Существует множество психотерапевтических методик, которые могут принести пользу как матери, так и ребенку. Остановимся на некоторых из них.

Визуализация

Специалистами доказано, что реакция на мысленное воспроизведение образа всегда является более сильной и устойчивой, чем на словесное обозначение этого образа. Сознательно или нет, мы постоянно создаем образы в нашем воображении.

Под визуализацией понимают релаксацию, мысленное слияние с воображаемым предметом, картиной или процессом. Показано, что визуализация определенного символа, картины, процесса оказывает благоприятный эффект, создает условия для восстановления умственного и физического равновесия.

Визуализацией пользуются для расслабления и вхождения в гипнотическое состояние. Также ее применяют для стимуляции защитной системы организма, увеличения кровообращения в определенном участке тела, для замедления пульса и др.

Медитация

Медитация – один из трех основных элементов йоги. Это сознательная фиксация внимания на моменте времени. При медитации возникает состояние пассивной сосредоточенности, которое иногда назы-

нают альфа-состоянием, так как в это время мозг генерирует преимущественно альфа-волны, так же как перед засыпанием.

Медитация снижает активность симпатической нервной системы, способствует расслаблению и снижению тревожности. При этом замедляется сердечный ритм и дыхание, снижается потребность в кислороде, меняется картина мозгового напряжения, реакция на стрессовую ситуацию уравнивается.

Существует много способов медитации. О них можно прочесть в книгах, в больших количествах опубликованных в последнее время. Медитативной методике обучаются под руководством инструктора, на специальных курсах.

Аутогенная тренировка

Аутогенная тренировка (АТ) как самостоятельный метод психотерапии предложена Шульце в 1932 году. АТ соединяет в себе несколько методик, в частности метод визуализации.

АТ включает в себя серию упражнений, с помощью которых человек сознательно управляет функциями организма. Овладеть этой методикой можно под руководством врача. Мышечное расслабление, достигаемое при АТ, влияет на функции центральной и периферической нервной системы, стимулирует резервные возможности коры мозга, повышает уровень произвольной регуляции различных систем организма.

Во время релаксации несколько снижается артериальное давление, замедляется частота сердечных сокращений, дыхание становится редким и поверхностным, уменьшается периферическая вазодилатация (расширение сосудов) – так называемый «релаксационный ответ».

Достижимые с помощью АТ саморегуляция эмоционально-вегетативных функций, оптимизация состояния покоя и активности, повышение возможностей реализации психофизиологических резервов организма позволяют использовать этот метод в клинической практике для усиления поведенческой терапии, в частности детей с СДВГ.

Гиперактивные дети часто бывают напряжены, внутренне замкнуты, поэтому в программу коррекции обязательно включаются релаксационные упражнения. Это помогает им расслабиться, снижает психологический дискомфорт в незнакомых ситуациях, помогает успешнее справляться с различными заданиями.

Наш опыт показал, что использование аутогенной тренировки при СДВГ способствует снижению двигательной расторможенности, эмоциональной возбудимости, улучшает координацию в пространстве, двигательный контроль, усиливает концентрацию внимания.

В настоящее время существует ряд модификаций аутогенной тренировки по Шульце. В качестве примера мы приведем две методики – модель релаксационного тренинга для детей 4–9 лет и психомышечную

тренировку для детей 8–12 лет, предложенную врачом психотерапевтом А.В. Алексеевым.

Модель релаксационного тренинга (приложение 5) – переработанная специально для детей модель АТ, используемая для взрослых. Ее можно применять как в дошкольных и школьных общеобразовательных учреждениях, так и дома.

Если научить детей расслаблять мышцы, это поможет им снизить общее напряжение. Один мальчик, чьи руки и ноги находились в постоянном движении, совершенно не осознавал этого. Он рассказал, что родители учили его представлять себя лежащим на мячах, чтоб обратить внимание на свои движения. Хотя он отрицал наличие у себя напряжения, но согласился заняться упражнениями. Во время упорной работы он сказал, что никаких новых ощущений не испытывает. Однако 5 минут спустя удивленно воскликнул: «А действует!»

Релаксационный тренинг можно проводить во время индивидуальной и групповой психологической работы, в спортзалах или в обычном классе. Как только дети научатся расслабляться, они смогут это делать и самостоятельно (без учителя), что повысит в целом их самоконтроль. Успешное овладение техниками релаксации (как и любой успех) может повысить и их самооценку.

Для обучения детей расслаблению различных групп мышц не обязательно, чтобы они знали, где и как расположены эти мышцы. Необходимо использовать детскую фантазию: включать в инструкции определенные образы так, чтобы воспроизводя их, дети автоматически включали в работу определенные мышцы. Использование фантазийных образов помогает также привлечь и удержать интерес детей.

Надо отметить, что хотя дети согласны научиться расслабляться, они не хотят упражняться в этом под присмотром учителей. К счастью, некоторые группы мышц можно тренировать достаточно незаметно. Дети могут выполнять упражнения в классе и расслабляться, не привлекая внимания окружающих. Одной маленькой девочке было важно, чтоб упражнения остались нашим секретом, что мы не расскажем о них другим детям. Эти упражнения можно использовать не только для расслабления в школе. Четырехлетний ребенок сказал, что он использовал эти упражнения, чтобы помочь себе заснуть вечером.

В приложении 6 приведены упражнения, с помощью которых тренируются 8 групп мышц. Методику можно расширить: придумать упражнения для бедер, предплечий, мышц лица и шеи, можно также работать с мышцами-сгибателями ног и мышцами-разгибателями рук.

При работе рекомендуется использовать не больше 15 минут на один сеанс, а во время него тренировать не более трех групп мышц. На первых сеансах дети изучают новые упражнения. 2–3 коротких сеанса в неделю

помогут закрепить это новое умение. Для некоторых детей очень сложно держать глаза закрытыми более 15 минут. В дальнейших сеансах новое умение закрепляется и идет подготовка для работы с другими мышцами. Обычно в течение недели каждый день 10–15 минут посвящено расслаблению, в оставшееся время занимаются чем-либо другим.

Необходимо отметить, что многие инструкции надо повторять гораздо больше раз, чем указано в сценарии (эти повторения были намеренно сокращены). Каждый ребенок или группа детей уникальны. Время и скорость проведения сеанса должны учитывать индивидуальность детей и своеобразие ситуации. И еще важное предупреждение: дети «глубже», чем взрослые входят в такие состояния и их выбивает из колеи резкий обрыв сеанса. Подготовка детей к выходу из расслабленного состояния не менее важна, чем правильное введение в него и соблюдение времени.

Вторая методика АТ – психомышечная тренировка, разработанная А.В.Алексеевым – применяется у детей постарше: в возрасте 8–12 лет. Она проста для обучения и в то же время достаточно эффективна. Ею можно овладеть за 5–7 дней.

В основе методики лежат 4 компонента:

- умение расслаблять мышцы;
- способность максимально ярко, но без напряжения, представлять содержание формул самовнушения;
- умение удерживать внимание на избранном объекте;
- умение воздействовать на самого себя нужными словесными формулами.

Для удобства обучения психомышечной тренировке все мышцы тела разделяются на 5 групп: мышцы рук, ног, туловища, шеи, лица. «Надо представить, что вы находитесь в помещении, где висят 5 больших ламп, а в углу светится небольшой ночник. Лампы – это группы мышц, а ночник – контроль спокойного сосредоточенного сознания.

Вы расслабили одну из ламп, выключили из напряжения мышцы рук (как бы потушили одну из ламп), стало несколько темнее. Затем выключили мышцы ног – потухла вторая лампа, стало еще темнее. Не торопясь, последовательно расслабляя мышцы туловища, шеи, лица, мы как бы тушим лампу за лампой и погружаемся в приятную темноту – дремотность, контроль за которой осуществляет спокойное сознание – маленький, непотухающий ночничок».

Уже с первого занятия тренировки в мышечном расслаблении следует объединять с упражнениями, направленными на вызывание тепла. В последнем случае рекомендуется использовать образные представления струящейся по рукам теплой воды. После освоения упражнений для рук следует переходить к мышцам ног, шеи, лица, туловища.

Выполнение упражнений строится по аналогичному принципу. В последующем проводится тренировка в достижении общей релаксации: «Я расслабляюсь и успокаиваюсь». Когда произносится «Я» нужно сделать вдох с напряжением всех мышц и на 2–3 секунды задержать дыхание, после чего с выдохом произнести «рас-сла-бля-юсь», на следующем коротком вдохе – «и ...», на выдохе – «ус-по-ка-и-ва-юсь».

Вся психомышечная тренировка состоит из 12 формул:

1. Я расслабляюсь и успокаиваюсь...
2. Мои руки расслабляются и теплеют...
3. Мои руки полностью расслабленные... теплые... неподвижные...
4. Мои ноги расслабляются и теплеют...
5. Мои ноги полностью расслабленные... теплые... неподвижные...
6. Мое туловище расслабляется и теплеет...
7. Мое туловище полностью расслабленное... теплое... неподвижное...
8. Моя шея полностью расслабляется и теплеет...
9. Моя шея полностью расслабленная... теплая... неподвижная...
10. Мое лицо расслабляется и теплеет...
11. Мое лицо полностью расслабленное... теплое... неподвижное...
12. Состояние приятного (полного, глубокого) покоя...

В день рекомендуется заниматься 4–6 раз по 5–10 минут.

Из всех психотерапевтических методик аутогенная тренировка наиболее доступна в овладении и может применяться самостоятельно. Она не имеет противопоказаний у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью.

Гипноз, самогипноз

Гипноз показан при ряде нервно-психических заболеваний, в том числе при синдроме дефицита внимания и гиперактивности.

Все факторы риска осложнений гипноза можно разделить на три группы: факторы риска со стороны больного, со стороны гипнотерапевта, со стороны окружающей среды.

Чтобы избежать осложнений со стороны больного, требуется перед гипнотерапией проводить тщательный отбор больных для проведения лечения, выяснять анамнестические данные, перенесенные заболевания, а также психическое состояние больного на момент лечения и получить его согласие на проведение сеанса гипноза.

Надо отметить, что тяжелые осложнения при гипнозе наблюдаются крайне редко и описываются в единичных наблюдениях, в основном, во время проведения эстрадного гипноза. Но о них следует знать, чтобы больной мог сделать вывод: участвовать ли ему в эстрадных сеансах гипноза, обратиться ли за помощью к целителю, не обладающему комплексом необходимых научных знаний, или обратиться к специалисту – гипнотерапевту.

Большинство психотерапевтов считает, что все виды гипноза – это не что иное, как самогипноз. Доказано, что самогипноз благотворно воздействует на любого человека.

Семейная психотерапия

При лечении СДВГ необходимо воздействовать не только на ребенка, но и на его близких, с целью изменения обстановки в семье. Благоприятный эффект показан при использовании семейной психотерапии. Она необходима не только родителям, которые чувствуют вину за «плохое» воспитание ребенка, но и для самого ребенка.

Например, можно использовать метод метафоры.

С помощью метафоры достигается легкое обучение пациента, имеется возможность проникнуть внутрь конфликта, который самым больным не осознается.

В переводе с греческого метафора означает «поддерживать», «нести». Лингвистическая метафора создает мост между внутренним и внешним миром пациента и несет в себе сильное эмоциональное содержание и воздействие. Интеграция метафорического разума (язык правого полушария мозга) с радикальным разумом (левое полушарие – последовательные и логические аспекты языка) ведет к улучшению психического здоровья пациента. Психотерапевт, если он хочет добиться существенного изменения, должен обращаться к процессам «правого мозга».

Целью терапевтических метафор является инициация сознательного или подсознательного трансдеривационного поиска, который сможет помочь человеку в использовании своих личностных ресурсов для такого обогащения внутренней картины мира, чтобы суметь справиться с проблемой.

Данный метод психотерапии – это не просто рассказ людям о том, что надо делать. Это скорее создание ситуации, в которой они по-иному увидят мир и смогут найти в нем решение своей проблемы.

Иногда применяют туманные метафоры, чтобы люди использовали собственные ресурсы. Пословицы, представляющие собой краткие, метафорические, но несколько дидактические утверждения, применяются, чтобы подчеркнуть что-либо в ходе проведения психотерапии. В качестве метафоры могут использоваться истории о других семьях, при этом опытный психотерапевт применяет довольно тонкую «метафорическую маскировку».

В большинстве случаев лечение лучше проводить со всей семьей, не адресуясь конкретно к ребенку, демонстрирующему асоциальное поведение, так как причины нарушений поведения обычно множественны, сложны и часто связаны с серьезными семейными или социальными проблемами.

Приложение 1

Анкета для родителей

Появились ли у ребенка в возрасте до 7 лет следующие особенности, наблюдались ли они более 6 месяцев? Принимается только ответ «да» или «нет».

№	Признаки	Баллы
1	Суетливые движения руками и ногами или, сидя на стуле, извивается (у подростков может быть субъективное чувство нетерпеливости).	
2	С трудом остается на стуле при выполнении каких-либо занятий.	
3	Легко отвлекается на посторонние стимулы.	
4	С трудом ожидает очереди для вступления в игру.	
5	Отвечает на вопросы не подумав и раньше, чем вопрос будет закончен.	
6	С трудом исполняет инструкции других.	
7	С трудом удерживает внимание при выполнении заданий или в игровых ситуациях.	
8	Часто переключается от одного незаконченного дела к другому.	
9	Во время игр беспокоен.	
10	Часто чрезмерно разговорчив.	
11	В разговоре часто прерывает, навязывает свое мнение.	
12	В детских играх часто является «мишенью».	
13	Часто кажется, что не слышит, что сказано ему или ей.	
14	Часто теряет предметы и вещи, необходимые для работы дома или в классе (игрушки, карандаши, книги и др.).	
15	Игнорирует физическую опасность и возможные последствия (например, бежит по улице «без оглядки»).	
	Общее число положительных баллов	

Приложение 2

Анкета для учителя

В какой степени выражены ниже перечисленные признаки у ребенка? Проставьте соответствующие цифры: 0 – отсутствие признака, 1 – присутствие в незначительной степени, 2 – присутствие в умеренной степени, 3 – присутствие в выраженной степени.

№	Признаки	Баллы
1	Беспокоен, извивается, «как уж».	
2	Беспокоен, не может оставаться на одном месте.	
3	Требования ребенка должны выполняться немедленно.	
4	Задевает, беспокоит других детей.	
5	Возбудимый, импульсивный.	
6	Легко отвлекается, удерживает внимание на короткое время.	
7	Не заканчивает работу, которую начинает.	
8	Поведение ребенка требует повышенного внимания учителя.	
9	Не старателен в учебе.	
10	Демонстративен в поведении (истеричен, плаксив).	
	Общее число баллов	

Ключи для анкет: 8 положительных ответов для родительской; для учительской – 11 и более баллов у девочек, 15 и более баллов у мальчиков.

Приложение 3

Рекомендации учителю по работе с гиперактивными детьми

1. Введите знаковую систему оценивания. Хорошее поведение и успехи в учебе вознаграждайте. Не жалейте устно похвалить ребенка, если он успешно справился даже с небольшим заданием.
2. Изменяйте режим урока – устраивайте минутки активного отдыха с легкими физическими упражнениями и релаксацией.
3. В классе желательно иметь минимальное количество отвлекающих предметов (картин, стендов). Расписание занятий должно быть постоянным, так как дети с синдромом часто забывают его.
4. Работа с гиперактивными детьми должна строиться индивидуально. Оптимальное место для гиперактивного ребенка – в центре класса, напротив доски. Он всегда должен находиться перед глазами учителя. Ему должна быть предоставлена возможность быстро обращаться к учителю за помощью в случаях затруднений.
5. Направляйте лишнюю энергию гиперактивных детей в полезное русло – во время урока попросите его вымыть доску, собрать тетради и т.д.
6. Вводите проблемное обучение, повышайте мотивацию учеников, используйте в процессе обучения элементы игры, соревнования. Больше давайте творческих, развивающих заданий и наоборот, избегайте монотонной деятельности. Рекомендуется частая смена заданий с небольшим числом вопросов.
7. На определенный отрезок времени давайте лишь одно задание. Если ученику предстоит выполнить большое задание, то оно предлагается ему в виде последовательных частей, и учитель периодически контролирует ход работы над каждой из частей, внося необходимые коррективы.
8. Давайте задания в соответствии с рабочим темпом и способностями ученика. Избегайте предъявления завышенных или заниженных требований к ученику с СДВГ.
9. Создавайте ситуации успеха, в которых ребенок имел бы возможность проявить свои сильные стороны. Научите его лучше их использовать, чтобы компенсировать нарушенные функции за счет здоровых. Пусть он станет классным экспертом по некоторым областям знаний.

10. Совместно с психологами помогайте ребенку адаптироваться в условиях школы и в классном коллективе – воспитывайте навыки работы в школе, обучайте необходимым социальным нормам и навыкам общения.

Приложение 4

Рекомендации родителям гиперактивных детей

1. В своих отношениях с ребенком придерживайтесь «позитивной модели». Хвалите его в каждом случае, когда он этого заслужил, подчеркивайте даже незначительные успехи. Помните, что гиперактивные дети игнорируют выговоры и замечания, но чувствительны к малейшей похвале.
2. Не прибегайте к физическому наказанию. Ваши отношения с ребенком должны основываться на доверии, а не на страхе. Он всегда должен чувствовать вашу помощь и поддержку. Совместно решайте возникшие трудности.
3. Чаще говорите «да», избегайте слов «нет» и «нельзя».
4. Поручите ему часть домашних дел, которые необходимо выполнять ежедневно (ходить за хлебом, кормить собаку и т.д.) и ни в коем случае не выполняйте их за него.
5. Заведите дневник самоконтроля и отмечайте в нем вместе с ребенком его успехи дома и в школе. Примерные графы: выполнение домашних обязанностей, учеба в школе, выполнение домашних заданий.
6. Введите балльную или знаковую систему вознаграждения: можно каждый хороший поступок отмечать звездочкой, а определенное их количество вознаграждать игрушкой, сладостями или давно обещанной поездкой.
7. Избегайте завышенных или наоборот заниженных требований к ребенку. Старайтесь ставить перед ним задачи, соответствующие его способностям.
8. Определите для ребенка рамки поведения – что можно и что нельзя. Вседозволенность однозначно не принесет никакой пользы. Несмотря на наличие определенных недостатков, гиперактивные дети должны справляться с обычными для всех подрастающих детей проблемами. Эти дети не нуждаются в том, чтобы их отстраняли от требований, которые применяются к другим.
9. Не навязывайте ему жестких правил. Ваши указания должны быть указаниями, а не приказами. Требуйте выполнения правил, касающихся его безопасности и здоровья, в отношении остальных не будьте столь придирчивы.

10. Вызывающее поведение вашего ребенка – его способ привлечь ваше внимание. Проводите с ним больше времени: играйте, учите, как правильно общаться с другими людьми, как вести себя в общественных местах, переходить улицу и другим социальным навыкам.
11. Поддерживайте дома четкий распорядок дня. Прием пищи, игры, прогулки, отход ко сну должны совершаться в одно и то же время. Награждайте ребенка за его соблюдение.
12. Дома следует создать для ребенка спокойную обстановку. Идеально было бы предоставить ему отдельную комнату. В ней должно быть минимальное количество предметов, которые могут отвлекать, рассеивать его внимание. Цвет обоев должен быть неярким, успокаивающим, преимущество отдается голубому цвету. Очень хорошо организовать в его комнате спортивный уголок (с перекладиной для подтягивания, гантели для соответствующего возраста, эспандеры, коврик и др.).
13. Если ребенку трудно учиться, не требуйте от него высоких оценок по всем предметам. Достаточно иметь хорошие отметки по 2–3 основным.
14. Создайте необходимые условия для работы. У ребенка должен быть свой уголок, во время занятий на столе не должно быть ничего, что отвлекало бы его внимание. Над столом не должно быть никаких плакатов и фотографий.
15. Избегайте по возможности больших скоплений людей. Пребывание в магазинах, на рынках и т.п. оказывает на ребенка чрезмерное возбуждающее действие.
16. Оберегайте ребенка от переутомления, поскольку оно приводит к снижению самоконтроля и нарастанию двигательной подвижности. Не позволяйте ему подолгу сидеть у телевизора.
17. Старайтесь, чтобы ребенок высыпался. Недостаток сна ведет к еще большему ухудшению внимания и самоконтроля. К концу дня ребенок может стать неуправляемым.
18. Развивайте у него осознанное торможение, учите контролировать себя. Перед тем как что-то сделать, пусть посчитает от 10 до 1.
19. Помните! Ваше спокойствие – лучший пример для ребенка.
20. Давайте ребенку больше возможности расходовать избыточную энергию. Полезна ежедневная физическая активность на свежем воздухе – длительные прогулки, бег, спортивные занятия. Развивайте гигиенические навыки, включая закаливание. Но не переутомляйте ребенка.
21. Воспитывайте у ребенка интерес к какому-нибудь занятию. Ему важно ощущать себя умелым и компетентным в какой-либо об-

ласти. Каждому надо быть в чем-то «докой». Задача родителей – найти те занятия, которые бы «удавались» ребенку и повышали его уверенность в себе. Они будут «полигоном» для выработки стратегии успеха. Хорошо, если в свободное время ребенок будет занят своим хобби. Однако не следует перегружать ребенка занятиями в разных кружках, особенно в таких, где значительные нагрузки на память и внимание, а также, если ребенок особой радости от этих занятий не испытывает.

Приложение 5

МОДЕЛЬ РЕЛАКСАЦИОННОГО ТРЕНИНГА

ВВЕДЕНИЕ

Сегодня мы собираемся заняться некоторыми упражнениями, которые называются упражнениями на расслабление. Они помогут вам научиться расслабляться, когда вы чувствуете скованность, и помогут вам избавиться от многих неприятных ощущений в теле. Эти упражнения довольно короткие и простые – вы можете выполнять их незаметно для окружающих, например в классе.

Но есть некоторые правила, которые вы должны соблюдать, чтобы эти упражнения принесли пользу. Во-первых, вы должны делать именно то, что я говорю, даже если вам это кажется глупым. Во-вторых, вы должны это делать очень старательно, прикладывая все силы. В-третьих, вы должны прислушаться к ощущениям своего тела. В течение всего времени, как мы будем делать упражнения, обращайтесь внимание на то, как чувствуют себя ваши мышцы, когда они напряжены и когда расслаблены. И наконец, в-четвертых, вы должны практиковаться. Чем больше вы будете повторять эти упражнения, тем лучше вы научитесь расслабляться. Есть у кого-нибудь какие-либо вопросы?

Готовы ли вы начать? Хорошо, для начала устройтесь как можно удобнее на своем месте. Откиньтесь на спинку стула, ноги опустите на пол, пусть обе ваши руки свободно свисают. Прекрасно. Теперь закройте ваши глаза и не открывайте их, пока я вас об этом не попрошу. Помните, что вы должны очень точно выполнять мои инструкции, прилагать все свои силы, прислушиваться к своему телу. Итак, начнем.

КИСТИ И РУКИ

Представьте, что в вашей левой руке находится целый лимон. Как можно сильнее сожмите его. Постарайтесь выдавить из него весь сок. Чувствуете, как напряглись ваши рука и ладонь, когда вы его сжимаете?

те. А теперь выроните его. Обратите внимание на свои ощущения, когда рука расслаблена. Теперь возьмите другой лимон и сожмите его. Постарайтесь сжать его еще сильнее, чем первый. Прекрасно. Вы прилагаете все силы. Теперь выроните этот лимон и расслабьтесь. Не правда ли, насколько лучше чувствуют себя ваши рука и ладонь, когда они расслаблены? И снова возьмите лимон левой рукой и постарайтесь выжать из него весь сок до капельки. Не оставляйте ни единой капельки. Сжимайте все сильнее. Прекрасно. Теперь расслабьтесь, пусть лимон сам выпадет из вашей руки. (Повторить весь процесс для правой руки).

РУКИ И ПЛЕЧИ

Представьте, что вы ленивые пушистые коты и кошечки. Представьте, что вам хочется потянуться. Вытяните руки вперед. Поднимите их высоко над головой. Теперь откиньте назад. Почувствуйте, как напряглись ваши плечи. Тянитесь как можно сильнее. А теперь уроните руки по бокам. Молодцы, котята, давайте еще потянемся. Вытяните руки перед собой, поднимайте их вверх, над головой, откиньте назад как можно дальше. Тянитесь сильнее. А теперь быстро уроните руки. Хорошо. Заметьте, насколько более расслабленными чувствуют себя ваши руки и плечи. А теперь давайте потянемся как настоящие коты. Попробуем дотянуться до потолка. Вытяните руки прямо перед собой. Тяните их как можно выше, поднимая над головой. А теперь закиньте их назад, тяните назад. Чувствуете, как напряглись ваши руки и плечи? Тянитесь, тянитесь. Напряжение в мышцах растет. Прекрасно! А теперь быстро опустите руки, пусть они упадут сами. Не правда ли, как хорошо чувствовать расслабление. Вы чувствуете себя хорошо, уютно, тепло и лениво, как котятки.

ПЛЕЧИ И ШЕЯ

А теперь представьте, что вы маленькие черепашки. Сидите вы на камушке, на берегу симпатичного мирного пруда и греетесь, расслабившись, но солнышке. Вам так приятно, так тепло, так спокойно. Но что это? Вы почувствовали опасность. Черепашки быстро прячут голову под панцирь. Постарайтесь поднять ваши плечи вверх до ушей, а голову втянуть в плечи. Втягивайте сильнее. Не так легко быть черепашкой и втягивать голову под панцирь. Но наконец опасность миновала. Вы можете втащить голову, снова расслабиться и блаженствовать на теплом солнышке. Но берегитесь, приближается еще большая опасность. Торопитесь, быстрее прячьтесь в своем домике, сильнее втягивайте головки. Старайтесь как можно сильнее их втянуть, а то вас могут съесть... Но вот опасность миновала и опять можно расслабиться. Вытяните вашу шейку, опустите плечики, расслабьтесь. Почувствуй-

те, насколько лучше это прекрасное ощущение расслабленности, чем когда ты весь сжался. Но опять опасность. Втяните головку, поднимите плечи прямо к ушкам и крепко держите их. Ни один миллиметр вашей головы не должен показаться из-под панциря. Втягивайте голову сильнее. Почувствуйте, как напряглись ваши плечи и шея. Хорошо? Опасность опять миновала, и вы можете опять высунуть ваши головки. Расслабьтесь, вы теперь в полной безопасности. Больше никто не появится, не о чем беспокоиться и некого теперь бояться. Вы чувствуете себя хорошо и спокойно.

ЧЕЛЮСТИ

А теперь представьте, что вы пытаетесь жевать очень тягучую большую жвачку. Вам очень трудно ее жевать, челюсти движутся с трудом, но вы пытаетесь ее прокусить. Надавливайте сильнее. Вы так стараетесь ее сжать зубами, что напряглась даже шея. А теперь остановитесь, расслабьтесь. Почувствуйте, как свободно свисает ваша нижняя челюсть, как это приятно расслабиться. Но давайте опять примемся за эту жвачку. Двигайте челюстями, пытайтесь ее прожевать. Сильнее сжимайте ее, так, чтобы она выдавливалась сквозь зубы. Хорошо! Вам удалось ее продавить сквозь зубы. А теперь расслабьтесь, приоткройте рот, пусть ваши челюсти отдохнут. Как хорошо вот так отдохнуть и не бороться с этой жвачкой. Но пора с ней покончить. На этот раз мы ее разжеем. Двигайте челюстями, сдавливайте ее как можно сильнее. Вы стараетесь изо всех сил. Ну все, наконец-то вы с ней справились! Можно отдохнуть. Расслабьтесь, пусть отдохнет все ваше тело. Почувствуйте, как расслабились все ваши мускулы.

ЛИЦО И НОС

А вот прилетела старая надоедливая муха. Она опускается прямо вам на нос. Попробуйте прогнать ее без помощи рук. Правильно, сморщивайте нос, сделайте столько морщин на носу, сколько вы сможете. Покрутите носом – вверх, в стороны. Хорошо! Вы прогнали муху! Теперь можно расслабить лицо. Заметьте, что когда вы крутили носом, и щеки, и рот, и даже глаза помогали вам и они тоже напряглись. А теперь, когда вы расслабили нос, расслабилось все лицо – это такое приятное ощущение. О-о, опять эта назойливая муха возвращается, но теперь она садится на лоб. Сморщите его хорошенько, попытайтесь просто сдавить эту муху между морщинками. Еще сильнее сморщите лоб. Наконец-то! Муха вылетела из комнаты совсем. Теперь можно успокоиться и расслабиться. Лицо расслабляется, становится гладким, исчезают все морщинки до одной. Вы ощущаете, какое гладкое, спокойное, расслабленное у вас лицо. Какое это приятное чувство.

ЖИВОТ

Ого! К нам приближается симпатичный маленький слоненок. Но он не смотрит себе под ноги и не видит, что вы лежите у него на пути в высокой траве. Вот-вот сейчас наступит на ваш живот, не двигайтесь, уже нет времени отползти в сторону. Просто подготовьтесь: сделайте ваш живот очень твердым, напрягите все мускулы как следует. Оставайтесь так лежать. Но кажется, он сворачивает в сторону... теперь можно расслабиться. Пусть ваш живот станет мягким, как тесто, расслабьте его как следует. Насколько так лучше, правда?... Но вот слоненок опять повернул в вашу сторону. Берегитесь! Напрягите ваш живот. Сильнее. Если слоненок наступит на твердый живот, вы не почувствуете боли. Превратите ваш живот в камень. Уф, опять он свернул, можно расслабиться. Успокойтесь, улягтесь поудобнее, расслабьтесь. Замечаете разницу между напряженным и расслабленным животом? Как это хорошо, когда ваш живот расслаблен. Но вот слоненок перестал крутиться и направился прямо на вас! Сейчас точно наступит! Напрягите живот как можно сильнее. Вот он уже заносит над вами ногу, сейчас наступит?. Фу, он перешагнул через вас и уже уходит отсюда. Можно расслабиться. Все хорошо, вы расслабились и чувствуете себя хорошо и спокойно.

А теперь представьте, что вам нужно протиснуться через очень узкую щель в наборе, между двумя досками, на которых так много заноз. Надо стать очень тоненькими, чтобы протиснуться и не получить занозу. Втяните живот, постарайтесь, чтобы он прилип к позвоночнику. Станьте тоньше, еще тоньше, ведь вам очень нужно пробраться через забор. А теперь передохните, уже не надо утоньшаться. Расслабьтесь и почувствуйте как живот «распускается», становится теплым. Но вот пора опять пробираться через забор. Втяните живот. Подтяните его к самому позвоночнику. Станьте совсем тоненькими, напрягитесь. Вам очень нужно протиснуться, а щель такая узкая... Ну все, вы пробрались и ни одной занозы! Можно полностью расслабиться. Откиньтесь на стуле, расслабьте живот, пусть он станет мягким и теплым. Как вы хорошо себя чувствуете. Вы все сделали замечательно.

НОГИ И СТУПНИ

А теперь представьте, что вы стоите босиком в большой, с илистым дном луже. Постарайтесь вдавить свои пальцы ног глубоко в ил. Попытайтесь достать до самого дна, где ил кончается. Напрягите ноги, чтобы получше вдавить ступни в ил. Растопырьте пальцы ног, почувствуйте, как ил продавливается вверх, между ними. А теперь выйдите из лужи. Дайте своим ногам отдохнуть и согреться на солнышке. Пусть пальцы ног расслабятся... Не правда ли, какое это приятное чувство? Опять шагните в лужу. Вдавливайте пальцы ног в ил. Напрягите мышцы ног,

чтобы усилить это движение. Все сильнее вдавливайте ноги в ил, старайтесь выдавить весь ил наружу. Хорошо! Теперь выходите из лужи. Расслабьте ноги, ступни и пальцы ног. Как приятно ощущать сухость и солнечное тепло. Все, напряжение ушло. Вы чувствуете в ногах легкое, приятное покалывание. Чувствуете, как по ним разливается тепло.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Оставайтесь расслабленными. Пусть все тело станет слабым и безвольным, почувствуйте как каждый мускул «распускается». Через несколько минут я попрошу вас открыть глаза, и это будет конец сеанса. В течение всего дня вспоминайте, насколько приятно это ощущение расслабленности. Иногда, конечно, необходимо себя чуть-чуть напрягать, прежде чем расслабиться – мы с вами только что так поступали в упражнениях. Кстати, попытайтесь повторить эти упражнения самостоятельно, при этом учитесь все больше и больше расслабляться. Лучше всего, конечно, это делать вечером, когда вы уже легли в постель, свет уже потушен и вас никто не собирается больше беспокоить. Кстати, это поможет вам быстрее уснуть. А потом, когда вы научитесь как следует расслабляться, вы можете это практиковать и в другом месте, даже в школе. Вспомните, например, слоненка, или жвачку, или илистую лужу – эти упражнения можно выполнять так, что никто и не заметит.

...Сегодня выдался хороший день и сейчас, отдохнувшие и расслабленные, вы сможете вернуться к обычным делам. Вы здесь поработали очень усердно, вы молодцы. А теперь медленно, очень медленно открывайте глаза, слегка напрягите ваши мускулы. Прекрасно? Вы сегодня очень хорошо поработали. Теперь вы в совершенстве можете овладеть этими упражнениями.

РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ ПСИХОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Рецидивирующие боли в животе у детей являются одной из важных проблем педиатрии. Их распространенность точно не определена, но по данным некоторых исследователей составляет – 10–15%, среди детей школьного возраста – 7–25%, среди студентов до 17%.

Английский педиатр Аплей при обследовании 1 тысячи детей школьного возраста установил, что рецидивирующими болями в животе психогенного происхождения страдают около 12% девочек и 9% мальчиков, причем более четверти девочек в возрасте до 9 лет.

В зарубежных странах из общего числа педиатрических визитов это составляет от 2 до 4%. Это заболевание отражается на школьной посещаемости, взаимоотношениях со сверстниками, в участиях в спортивных соревнованиях, влияет на качество жизни. Последние исследования свидетельствуют о частом наличии депрессии, тревожности, низкой самооценке у этих детей.

Рецидивирующие боли в животе психогенного происхождения (РБЖПП) – это боли в животе, которые повторяются не менее 3 раз в течение 3 месяцев, влияют на нормальную активность ребенка и не являются следствием органической патологии.

РБЖПП у детей – относительно малоизученная патология. В МКБ-10 такое заболевание отсутствует. На наш взгляд, термин «психогенные боли в животе» идентичен термину «психосоматические боли в животе». В свою очередь, термин «психосоматические расстройства» близок к термину «соматоформные расстройства», для которых в МКБ-10 имеется отдельная рубрика. В настоящее время, видимо, целесообразно, относить РБЖПП по классификации МКБ-10 – к F.45.3 (соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы). В дальнейшем, видимо, необходимо внести РБЖПП в перечень заболеваний, относящихся к этой рубрике.

Приводятся следующие причины психогенных болей в животе: эмоциональный и психологический стресс, переутомление, астенизация, а также указывается, что возможен истерический характер болей.

Показано, что у детей с РБЖПП количество стрессовых событий было больше, чем в контрольной группе.

По данным И.П.Брызгунова, указываются следующие факторы, которые могут вызвать РБЖПП:

1. Заболевание или смерть родителей или близких родственников (дедушки, бабушки), близкого друга, любимого животного.
2. Семейные неурядицы (разлад в семье, конфликты, ссоры, драки, развод).
3. Алкоголизм, психические заболевания родителей, в том числе депрессивные состояния.
4. Поступление в школу, конфликтные ситуации в школе (боли могут быть «защитной» реакцией для того, чтобы не идти в школу).
5. Нахождение ребенка вне семьи, недостаточное взаимопонимание с членами семьи, неспособность ребенка иметь друзей.
6. Появление новых членов семьи (мачехи, отчима, рождение нового ребенка, женитьба старшего брата или выход замуж старшей сестры).
7. Изменения в карьере родителей и уклада жизни семьи, что ведет к экономическому ухудшению состояния семьи.
8. Среди других причин можно, например, назвать несоответствующее место для сна (девочка 3 лет спит в одной комнате с 17-летним братом) и др.

Также предполагается, что психосоциальное напряжение в обществе в переходный период, увеличение числа стрессоров окружающей среды будут увеличивать число детей с рецидивирующими болями психогенного происхождения.

При изучении структуры рецидивирующих абдоминальных болей (анализ включал 3480 детей в возрасте 6–16 лет) рецидивирующие абдоминальные боли психогенного происхождения составляют 11% случаев.

Диагностика. К рецидивирующим болям психогенного происхождения относятся боли, при которых исключается их органическая природа и выявляется наличие психогенного фактора. РБЖПП дифференцируют с болями органического и дисфункционального (также используется термин «функционального») происхождения. Наличие у ребенка с болями в животе потери веса, выраженной рвоты, желудочно-кишечного кровотечения, хронической диареи, непостоянной лихорадки свидетельствует в пользу органического происхождения болей.

Определение рецидивирующих болей в животе более приемлемо по отношению к детям старшего возраста, которые могут осознать наличие болей в животе и указать на них. Это становится возможным не ранее 3–4 лет. При диагностике РБЖПП надо учитывать возможность симуляции ребенком болей в животе, а также возможность диссимуляции. РБЖПП у детей определенным образом могут быть связаны с синдромом раздраженного кишечника.

Расспросы, направленные на выявление стрессора, нужно проводить отдельно с родителем и с ребенком. Важно также знать, как изменилось

поведение ребенка, что для него предпочтительнее – быть в группе или одному, как он проводит время после занятий в школе, имеет ли друзей, изменилось ли его настроение. Определенная часть информации относится к поведению в школе, отношению к школьным занятиям, успеваемости, посещаемости школы. Боли могут снижать активность ребенка, хотя и не сильно нарушают самочувствие.

При осмотре боли локализируются чаще вокруг пупка, длятся от 15 минут до 2–3 часов. Исчезают в ситуации с положительными эмоциями (интересная ТВ-передача, приход друзей, каникулы). При объективном осмотре у детей с рецидивирующими болями в животе важно полностью оценить функциональное состояние всех органов и систем, физическое развитие ребенка и особенно тщательно провести пальпацию живота.

Диагностические критерии рецидивирующих болей в животе видоизменялись, начиная с римских критериев 1 и 2, которые основывались на медицинской и психологической оценке. В 1999 группа исследователей (комитет Рим-2) представила диагностические критерии функциональных нарушений, включая рецидивирующие абдоминальные боли. Под наблюдением было 257 детей в возрасте 5 лет и старше. Сходные с язвенной болезнью клинические симптомы были обнаружены у 26% детей, сходные с диспепсией – у 15%. Из 56% детей, у которых была проведена эзофагогастродоскопия, у 35% изменений обнаружено не было. Однако отсутствие биологического маркера и надежных валидных данных клинической оценки затрудняют диагностику. В связи с этим было проведено популяционное исследование многомерных показателей рецидивирующих болей в животе у детей. Были использованы 4 измерения: интенсивность болевого симптома, наличие других симптомов кроме болевого, состояние здоровья, состояние нетрудоспособности (посещение школы). Эти измерения можно использовать в диагностическом процессе.

Для оценки абдоминальных болей рекомендуется использовать 4 компонента:

- 1) анамнестические сведения: локализация болей, их интенсивность, когда появились, продолжительность, время дня и ночи, наличие аппетита, тошноты, рвоты, запоров и т.д.
- 2) клинический осмотр: пальпация живота, печени, селезенки, обязательно ректальное обследование, осмотр стула на наличие крови и т.д.
- 3) лабораторные тесты: наряду с общепринятыми содержание амилазы, серологический анализ на амебиаз, геликобактер пилори и др.
- 4) инструментальное обследование: абдоминальная и тазовая сонография, абдоминальная компьютерная томография, эндоскопические исследования, лапароскопия.

Следует проводить дополнительные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, суточный анализ мочи по Аддису-Каковскому, анализ мочи на диастазу, суточный анализ мочи на экскрецию солей, анализ кала на яйца глистов, анализ кала на цисты лямблий, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин, холестерин, электролиты, амилаза, мочевины), исследование крови на HBsAg, ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ органов брюшной полости, почек; ЭГДС, консультация гастроэнтеролога, хирурга, гинеколога (у девочек), психиатра, лапароскопия (по показаниям). Для определения психологических особенностей детям проводят психологическое обследование. Применяют опросник на посттравматическое стрессовое расстройство, тесты на диссоциацию, тревожность, тесты СМОЛ и Личко и др.

Одним из главных моментов в диагностике РБЖПП является исключение всех возможных органических заболеваний, протекающих с болями в животе. Поэтому РБЖПП у детей следует дифференцировать с целым рядом других заболеваний: паразитарные инвазии, кишечные инфекции (кампилобактериоз, сальмонеллез, йерсиниоз), рецидивирующая неполная кишечная непроходимость (мальротация, дивертикул Меккеля), стеноз чревного ствола, заболевания почек (пиелонефрит, гидронефроз и т. д.), гинекологическая патология у девочек, синдром раздраженного кишечника, хронический гастродуоденит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, заболевания желчевыводящих путей, заболевания поджелудочной железы, целиакия, пищевая аллергия, воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит), аномалии толстой кишки (болезнь Гиршпрунга с ультракоротким сегментом, долихосигма, нарушения фиксации толстой кишки), дисахаридазная недостаточность (лактазная, сахарозо-изомальтазная). Указывается, что длительные боли в животе могут быть вызваны хроническим аппендицитом, хроническим мезентериальным лимфаденитом. Имеется еще несколько заболеваний, при которых имеют место рецидивирующие боли в животе. Это – мигрень, брюшная эпилепсия, порфирия, периодическая болезнь, отравление свинцом, избыток в пище фруктозы, сорбитола. Приводим характеристику некоторых заболеваний, с которыми дифференцируют РБЖПП.

Кампилобактериоз. Для него характерно острое начало с лихорадкой, интоксикацией, диареей и абдоминальным синдромом (интенсивные, постоянные, приступообразные боли в животе с локализацией в околопупочной и правой подвздошной областях). Заболевание может протекать по типу пищевой токсикоинфекции, особенно у детей старшего возраста. Тогда клиническая картина включает повышение температуры тела, повторную рвоту, слабость, головную боль, снижение аппетита, боли в животе, жидкий водянистый стул без патологических примесей, реже с прожилками крови.

В раннем возрасте кампилобактериоз характеризуется острым началом заболевания, субфебрильной температурой тела и развитием гемоколита на фоне умеренной интоксикации. Стул частый (7–10 раз в сутки), обильный, жидкий, с примесью слизи, зелени и прожилок крови. У некоторых детей отмечают увеличение печени, реже селезенки. Возможны развитие язвенно-некротического аппендицита, перитонита и появления внекишечных очагов (паренхиматозный безжелтушный гепатит, реактивный панкреатит, мезаденит, артриты, миокардит).

В анализе крови отмечаются умеренный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, повышенная СОЭ.

Диагноз подтверждается выделением возбудителя из фекалий, крови, цереброспинальной жидкости, плаценты. Для серологической диагностики используют РПГА, РА.

Сальмонеллезом, обусловленным госпитальными штаммами *S. Typhimurium*, чаще болеют дети первого года жизни. Второй доминирующий штамм *S. enteritidis* вызывает заболевание преимущественно у детей старшего возраста, и чаще передается через яйца и мясо птицы. Клиническая картина зависит от возраста больного, пути инфицирования, вида и свойств возбудителя.

У детей первого года жизни начало болезни обычно подострое или постепенное, с максимальным развитием всех симптомов к 3–7 дню от начала заболевания. Постепенно нарастают симптомы интоксикации (лихорадка, вялость, бледность, снижение аппетита, тахикардия) и кишечные нарушения (энтероколит, гастроэнтероколит). Упорная рвота может начаться как с 1-го дня болезни, так и позже. Стул обильный, жидкий, имеет каловый характер, зелено-бурого цвета с примесью крови (на 5–7 день болезни). Каловые массы также могут быть водянистыми. Выражены метеоризм, увеличение печени и селезенки. Заболевание протекает длительно, течение волнообразное. Тяжесть состояния зависит от степени интоксикации и нарушения водно-солевого баланса (эксикоз 1–3 степени).

У детей старше года болезнь протекает менее тяжело, преимущественно в двух клинических вариантах – по типу пищевой токсикоинфекции (с преобладанием гастроэнтерита или гастроэнтероколита) или энтероколита. У старших детей заболевание может ограничиться развитием гастрита с его основными симптомами: болью в эпигастриальной области, повторной рвотой и т. д. Заболевание обычно начинается остро с повышения температуры тела до 38–40 °С (лихорадка сохраняется 1–5 дней, редко имеет волнообразный характер), рвоты, нередко повторной, симптомов интоксикации, умеренных болей в животе и обильного жидкого стула с патологическими примесями. Гепатолиенальный синдром возникает редко. При средне-тяжелых и тяжелых формах раз-

виваются токсикоз с эксикозом, сердечно-сосудистая недостаточность. В некоторых случаях развивается тифоподобная форма, характеризующаяся длительной (до 10–14 дней) лихорадкой постоянного, волнообразного или неправильного типа. Отмечают вялость, адинамию, сильную головную боль, боли в мышцах и суставах, нарушение сна, артериальную гипотензию, брадикардию. При осмотре выявляют увеличение печени и селезенки, вздутие живота. Стул бывает патологическим, иногда возникает запор. В анализе крови возможна лейкопения.

Используется бактериологический метод, он должен применяться в ранние сроки болезни до начала этиотропного лечения. Материалом для исследования являются испражнения, рвотные массы, промывные воды желудка, кровь, моча, слизь из зева и носа, пищевые продукты и др.

Для серологического исследования используют РНГА с эритроцитарным диагностикумом и цистеиновую пробу. Большое диагностическое значение имеет нарастание титра специфических антител в 4 раза и более в парных сыворотках. Для экспресс-диагностики используют реакцию коагуликации (РКА) и ИФА. Копроцитограмма не имеет специфических особенностей и отражает локализацию воспалительного процесса в кишечнике. У больных гастроэнтеритом обнаруживают нейтральный жир, жирные кислоты, зерна крахмала, мышечные волокна, небольшое количество слизи. Вовлечение в патологический процесс толстой кишки сопровождается увеличением количества слизи, появлением эритроцитов и лейкоцитов.

Йерсиниоз. Болеют чаще дети 2–7 лет. Регистрируют локализованные и генерализованные формы заболевания. При локализованных формах общие проявления интоксикации (лихорадка, головная боль, слабость, нарушения сна) выражены умеренно, в клинической картине заболевания преобладают локальные проявления с развитием желудочно-кишечной, абдоминальной, катаральной форм и йерсиниозного гепатита. Основные клинические проявления генерализованных форм: лихорадка, экзантема, длительные боли в животе, повторная рвота, умеренная диарея. Симптомы интоксикации (вялость, адинамия, заторможенность, нарушение сна, бледность или мраморность кожных покровов, одышка, тахикардия) определяют тяжесть заболевания и превалируют над симптомами поражения желудочно-кишечного тракта, чаще протекающего по типу гастроэнтероколита (у детей до года) и гастроэнтерита или энтерита (у детей старше года). Стул обычно бывает до 10 раз в сутки, обильный, пенистый, зловонный, буро-зеленого цвета, иногда с прожилками крови. Экзантемы – симптом, патогномоничный для йерсиниоза. Сыпь чаще пятнисто-папулезная, реже мелкоочечная. Излюбленная локализация – кожа туловища и конечностей, реже – на лице. Характерно появление сыпи на коже кистей и стоп

шлоть до их диффузной гиперемии. Сыпь появляется на 2–4 день болезни, нарастает в течение 1–2 дней и исчезает через 2–5 дней. Возможно развитие йерсиниозного гепатита (чаще безжелтушного), узловатой эритемы, артритов. Продолжительность заболевания составляет обычно не более двух недель.

Абдоминальная форма сопровождается выраженной лихорадкой, интоксикацией и болями в животе. Клинические проявления этой формы йерсиниоза определяются развитием мезаденита, аппендицита, терминального илеита или панкреатита, что объясняет различный характер локализации и выраженности болевого синдрома. В периферической крови – нейтрофильный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом и повышение СОЭ.

Используется бактериологический метод: выделение возбудителя из кала, цереброспинальной жидкости, гноя, мезентериальных лимфатических узлов. Иммунологические методы выявления возбудителя (антигенов): РКА и РНИФ. Серологическая диагностика – РА и РНГА с эритроцитарными диагностикумами.

Ведущими синдромами *острого пиелонефрита* у старших детей в острый период являются: болевой, дизурический (при вовлечении в патологический процесс нижних мочевых путей), интоксикации. Симптоматика болевого синдрома: боли в животе (нередко без определенной локализации) и поясничной области, усиливающиеся при физической нагрузке; положительный синдром Пастернацкого. Симптоматика дизурического синдрома: частые позывы к мочеиспусканию, болезненность или ощущение жжения (особенно в конце мочеиспускания), возможно недержание мочи. Симптомы синдрома интоксикации: повышение температуры тела (иногда до фебрильных цифр) с ознобом, головная боль, слабость, анорексия, бледность кожных покровов.

Особенности клинической картины острого пиелонефрита у детей раннего возраста, в частности преобладание внепочечных симптомов, обусловлены морфологической незрелостью мочевой системы и склонностью к генерализации воспалительного процесса. Заболевание начинается с гипертермии, нарастающих признаков токсикоза и эксикоза. Бурное начало особенно характерно для детей с постгипоксической энцефалопатией. Возбуждение, характерное для первых дней болезни, быстро сменяется адинамией. Диспепсические явления могут преобладать над дизурическими. Иногда при внимательном наблюдении за ребенком можно отметить беспокойство перед или во время мочеиспускания. В целом картина острой мочевой инфекции у детей раннего возраста напоминает сепсис и сопровождается изменениями не только в почках, но также в печени, надпочечниках и ЦНС. Лихорадка ремитирующего типа, иногда с ознобом и потливостью, сохраняется

около недели. В течение последующих 1–2 недель все проявления постепенно исчезают.

Наиболее характерны для пиелонефрита патологические включения в моче. Она часто становится мутной, может содержать небольшое количество белка. В осадке обнаруживают множество лейкоцитов, иногда – лейкоцитарные цилиндры, большое количество эпителиальных клеток, могут быть эритроциты, возможны гематурия или сгустки свежей крови, свидетельствующие об остром воспалительном процессе в мочевом пузыре. Лейкоциты обычно представлены нейтрофилами. Почти всегда выявляют большое количество микроорганизмов (50000–100000 микробных тел в 1 мл, взятом из средней порции выделяемой мочи, – достоверный признак бактериального воспалительного процесса у детей старшего возраста, 10000 микробных тел в 1 мл – у младшей возрастной группы).

При исследовании крови обнаруживают умеренную анемию, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ, концентрации С-реактивного белка, диспротеинемию. Изменяются показатели иммунной системы: количество Т- и В-лимфоцитов, содержание Ig. Определяют повышенный титр сывороточных АТ к бактериям, выделенным из мочи.

Гидронефроз. Основными клиническими проявлениями гидронефроза являются болевой синдром, изменения в анализах мочи и симптом пальпируемой опухоли в животе.

Болевой синдром имеет место у 80% больных. Боли разнообразные – от ноющих тупых до приступов почечной колики. Боль обычно локализуется около пупка; дети старшего возраста жалуются на боль в поясничной области. В анализах мочи – лейкоцитурия и бактериурия, либо гематурия. Симптом пальпируемой опухоли – нередкое клиническое проявление гидронефроза, особенно у маленьких детей со слаборазвитой передней брюшной стенкой. Опухолевидное образование обычно имеет четкие контуры, подвижное, эластической консистенции, располагается на уровне пупка или выше его в правой или левой половине живота.

Основными методами диагностики гидронефроза у детей являются ультразвуковое сканирование, экскреторная урография, радионуклидное исследование и почечная ангиография. При ультразвуковом исследовании выявляется увеличение размеров почки за счет расширения ее коллекторной системы, истончение и уплотнение паренхимы. Мочеточник не визуализируется. Следующим этапом исследования является выполнение экскреторной урографии. Характерна рентгенологическая картина гидронефроза: расширение и монетообразная деформация чашечек, расширение лоханки, более выраженное при ее внепочечном расположении. При выполнении экскреторной урогра-

фии у больных с подозрением на гидронефроз обязательным является выполнение отсроченных снимков для получения четкой картины на фоне снижения почечной функции и большого объема коллекторной системы почки. Мочеточник при гидронефрозе выявляется редко, обычно на отсроченных снимках; он узкий, ход его обычный. Радионуклидное исследование позволяет количественно оценить степень сохранности почечной функции и определить тактику лечения.

Гастродуоденит в фазу обострения проявляется ноющими схваткообразными болями в эпигастральной области, возникающими через 1–2 часа после еды и нередко иррадиирующими в подреберья (чаще правое) и околопупочную область. Прием пищи или антацидов уменьшает или купирует боль. Болевой синдром может сопровождаться ощущением тяжести, распирания в эпигастральной области, тошнотой, гиперсаливацией. Из-за дискинезии двенадцатиперстной кишки усиливается дуоденогастральный рефлекс, вызывающий горькую отрыжку, иногда рвоту с примесью желчи, реже изжогу. При осмотре обращают на себя внимание бледность кожных покровов и низкая масса тела. Язык обложен белым и желтовато-белым налетом. При пальпации живота определяют болезненность в пилородуоденальной области, реже – вокруг пупка, в эпигастральной области и подреберьях. Характерен симптом Менделя. У многих больных положительны симптомы Ортнера и Керра. У детей с хроническим дуоденитом часто отмечают вегетативные и психоэмоциональные расстройства: периодические головные боли, головокружение, нарушение сна, быструю утомляемость, что связано с нарушением эндокринной функции двенадцатиперстной кишки. Вегетативные расстройства могут проявляться клинической картиной демпинг-синдрома: слабость, потливость, сонливость, усиленная перистальтика кишечника, возникающие через 2–3 часа после приема пищи. При длительном перерыве между приемами пищи могут возникать и признаки гипогликемии в виде мышечной слабости, дрожи в теле, резко повышенного аппетита. Выделяют несколько вариантов хронического гастродуоденита, имеющих характерные клинические проявления.

Язвенноподобный хронический гастродуоденит (преимущественно бульбит): самый распространенный вариант, часто сочетается с антральным гастритом (антродуоденит) и язвенной болезнью желудка. Для бульбита в фазу обострения характерен язвенноподобный болевой синдром. Боли локализуются в эпигастральной области, возникают натощак или через 1,5–2 часа после еды и в ночное время. Отчетлива сезонность обострений.

Гастритоподобный хронический гастродуоденит, сочетающийся с атрофическим фундальным гастритом или энтеритом. При этом вари-

анте диффузный атрофический процесс может распространиться на двенадцатиперстную кишку. При сочетании хронического дуоденита с энтеритом заболевание проявляется симптомами непереносимости пищевых продуктов, нарушениями пищеварения и всасывания.

Холецистоподобный хронический дуоденит, развившийся на фоне дуоденостаза. Холецистит способствует возникновению и прогрессированию воспалительно-дистрофических изменений в двенадцатиперстной кишке вследствие хронической дуоденальной непроходимости функционального или органического происхождения. При дуоденостазе преобладают постоянные или приступообразные боли в эпигастриальной области и справа от пупка, чувство вздутия, урчание, тошнота, отрыжка горечью, рвота желчью.

Панкреатоподобный локальный дуоденит (папиллит, околососочковый дивертикулит). Локальные дуодениты приводят к нарушению эвакуации панкреатического сока и желчи в связи с присоединением папиллита, что проявляется симптомами дискинезии желчевыводящих путей. Боль при этом локализуется преимущественно в правом подреберье и связана с приемом жирной пищи; возможны незначительная иктеричность склер и легкая желтушность кожи. Иногда наблюдают симптомы панкреатита (боль локализуется в левом подреберье, иногда опоясывающая, сопровождается метеоризмом, нарушением стула, транзиторной непереносимостью молока).

Хронический гастродуоденит имеет циклическое течение: фаза обострения сменяется ремиссией. Обострения чаще возникают весной и осенью, связаны с нарушением режима питания, перегрузкой в школе, различными стрессовыми ситуациями, инфекционными и соматическими заболеваниями. Тяжесть обострения зависит от выраженности и продолжительности болевого синдрома, диспепсических явлений и нарушения общего состояния. Спонтанные боли проходят в среднем через 7–10 дней, пальпаторная болезненность сохраняется 2–3 недели. В целом обострение хронического дуоденита продолжается 1–2 месяца. Диагноз хронического гастродуоденита основывается на данных клинического наблюдения, изучения функционального состояния двенадцатиперстной кишки, эндоскопического и гистологического (биоптатов слизистой оболочки) исследований.

При функциональном дуоденальном зондировании выявляют изменения, характерные для дуоденита: дистонию сфинктера Одди, боль и тошноту в момент введения раздражителя в кишку, обратное вытекание через зонд раствора сульфата магния за счет спазма двенадцатиперстной кишки. При микроскопии дуоденального содержимого обнаруживают слущенный эпителий кишки, нередко и вегетативные формы лямблий. Для оценки функционального состояния двенадцатиперст-

ной кишки определяют активность ферментов энтерокиназы и щелочной фосфатазы в дуоденальном содержимом. Активность этих ферментов повышена на ранних этапах болезни и снижается по мере углубления тяжести патологического процесса. Имеет значение и изучение желудочной секреции. Ее показатели при ацидопептическом дуодените (бульбите) обычно бывают повышенными, а при сочетании дуоденита с атрофическим гастритом и энтеритом – пониженными.

Рентгенологическое исследование двенадцатиперстной кишки не имеет большого значения в диагностике хронического дуоденита, но позволяет выявить различные моторно-эвакуаторные нарушения, сопутствующие заболеванию или являющиеся его причиной.

Клиническая картина *болезни Крона* очень разнообразна. Начало болезни обычно постепенное, течение многолетнее с периодическими обострениями. Возможны и острые формы. Основной клинический симптом у детей – упорная диарея (до 10 раз в сутки). Поражение тонкой кишки сопровождается синдромом мальабсорбции. В стуле периодически появляется примесь крови. Боли в животе – обязательный симптом у всех детей. Интенсивность боли варьирует от незначительных (в начале болезни) до интенсивных схваткообразных, связанных с приемом пищи и дефекацией. При поражении желудка они сопровождаются чувством тяжести в эпигастральной области, тошнотой, рвотой. На поздних стадиях боли очень интенсивные, сопровождаются вздутием живота. Общие симптомы заболевания: общая слабость, потеря массы тела, лихорадка. Гипопротеинемия клинически проявляется отеками. Характерна задержка роста и полового развития. Наиболее распространенные внекишечные проявления болезни Крона – артралгии, моноартриты, сакроилеит, узловатая эритема, афтозный стоматит, иридоциклит, увеит, эписклерит, перихолангит, холестаза, сосудистые расстройства. В общем анализе крови выявляют анемию (снижение эритроцитов, гемоглобина, гематокрита), ретикулоцитоз, лейкоцитоз, увеличение СОЭ. При биохимическом анализе крови обнаруживают гипопротеинемию, гипоальбуминемию, гипокалиемию, снижение содержания микроэлементов, повышение уровня щелочной фосфатазы, альфа-2 глобулина и С-реактивного белка. Эндоскопическая картина при болезни Крона отмечается большим полиморфизмом и зависит от стадии и протяженности воспалительного процесса. Эндоскопически выделяют три фазы болезни: инфильтрации, язв-трещин, рубцевания. Характерные рентгенологические признаки (исследование обычно проводят с двойным контрастированием) – сегментарность поражений, волнистые и неровные контуры кишки. В толстой кишке определяют неровности и изъязвления по верхнему краю сегмента с сохранением гаустрации по нижнему. В стадию язв-трещин она имеет вид «бульжной мостовой».

Клиническая картина *неспецифического язвенного колита* представлена тремя ведущими симптомами: диареей, выделением со стулом крови, болями в животе. При легком колите заметны единичные прожилки крови в стуле, при тяжелом – значительная ее примесь. Иногда стул приобретает вид зловонной жидкой кровавой массы. У большинства больных развивается диарея, частота стула варьирует от 4–8 до 16–20 раз в сутки и более. В жидком стуле помимо крови содержится в большом количестве слизь и гной. Диарею с примесью крови сопровождают, а иногда и предшествуют ей боли в животе, чаще во время еды или перед дефекацией. Боли схваткообразны, локализуются внизу живота, в левой подвздошной области или вокруг пупка. Изредка развивается дизентериеподобное начало болезни. Весьма характерны для тяжелого неспецифического язвенного колита повышение температуры тела (обычно не выше 38 °С), снижение аппетита, общая слабость, снижение массы тела, анемия, задержка полового развития.

Осложнения неспецифического язвенного колита бывают системными и местными. *Системные*: артриты и артралгии, гепатиты, склерозирующий холангит, панкреатиты, тяжелые поражения кожи, слизистых оболочек (узловатая эритема, пиодермии, трофические язвы, рожистое воспаление, афтозный стоматит, пневмония, сепсис) и глаз (увеит, эписклерит). *Местные осложнения*: профузное кишечное кровотечение, перфорация кишки, острая токсическая дилатация или стриктура толстой кишки, поражение аноректальной области (трещины, свищи, абсцессы, геморрой, слабость сфинктера с недержанием кала и газов), рак толстой кишки. При анализе крови обнаруживают лейкоцитоз с нейтрофилезом и сдвигом лейкоцитарной формулы влево, снижение содержания эритроцитов, гемоглобина, сывороточного железа, общего белка, диспротеинемию со снижением концентрации альбумина и повышением гаммаглобулинов; возможны нарушения электролитного состава крови. Соответственно остроте и фазе заболевания повышаются СОЭ и концентрация С-реактивного белка. При колоноскопии в начальный период болезни слизистая оболочка гиперемирована, отечна, легкоранима. В дальнейшем формируется картина типичного эрозивно-язвенного процесса. В период манифестных проявлений циркулярные складки слизистой оболочки утолщаются, нарушается деятельность сфинктеров толстой кишки. При длительном течении заболевания складчатость исчезает, просвет кишки становится трубкообразным, ее стенки – ригидными, анатомические изгибы сглаживаются. Нарастают гиперемия и отек слизистой оболочки, появляется ее зернистость. Сосудистый рисунок не определяется, выражена контактная кровоточивость, обнаруживают эрозии, язвы, микроабсцессы, псевдополипы. Рентгенологически выявляют нарушение гаустрального рисунка кишки: асиммет-

рию, деформацию или полное его исчезновение. Просвет кишки имеет вид шланга с утолщенными стенками, укороченными отделами, сглаженными анатомическими изгибами.

Особенности анамнеза *язвенной болезни двенадцатиперстной кишки*: выражена наследственная предрасположенность (до 75% больных), связь обострения с психоэмоциональными перегрузками, течение – рецидивирующее, сезонность выражена у 1/3 больных. Жалобы: интенсивные (ноющие и приступообразные) боли в верхней половине живота до еды, ночные, мойнигановский ритм болей, нередко иррадирующих (в спину, в поясницу), висцеральные, изжога, отрыжка кислым, рвота (чаще – однократная), склонность к запорам, головная боль, эмоциональная лабильность. Физикальный статус: выраженная локальная пальпаторная и перкуторная болезненность в пилородуоденальной зоне, положительный молоточковый симптом, локальное мышечное напряжение, зоны кожной гиперестезии Захарьина-Гедда, астено-вегетативные проявления.

Диагноз язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и ее морфологический субстрат определяется только с помощью эзофагогастродуоденоскопии с прицельной биопсией слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. При гистологическом исследовании в биоптатах слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки – острое воспаление с инфильтрацией и полнокровием, гиперплазия дуоденальных желез, разрастание соединительной ткани. Гистологически в биоптате определяют наличие НР и степень обсемененности слизистой оболочки (+, ++, +++). Рентгенологическое исследование проводят только в случае невозможности выполнения эндоскопического исследования. Абсолютные рентгенологические признаки язвенной болезни (симптом «ниши», конвергенция складок в сторону язвенного дефекта, рубцово-язвенные деформации) в детском возрасте выявляются только у 18–25% больных.

Дивертикул Меккеля. Дивертикул подвздошной кишки чаще всего обнаруживают случайно при лапаротомии, предпринятой по другому поводу или в связи с развитием осложнений, среди которых наибольшее значение имеют кровотечение, воспаление (дивертикулит), инвагинация и другие виды кишечной непроходимости (странгуляция, заворот). Кровотечение может возникать остро и быть обильным, но наблюдается и хроническое кровотечение малыми порциями. Кровь обнаруживают в кале, который имеет темно-коричневую окраску. При массивном кровотечении быстро развивается анемия; кровотечение может повторяться неоднократно.

Дивертикулит протекает с симптомами, сходными с острым аппендицитом (тошнота, боль в животе, повышение температуры, лейкоци-

тоз). Кишечная инвагинация, начинающаяся с дивертикула, протекает с типичными симптомами (внезапное начало, приступообразная боль в животе, рвота, кишечное кровотечение). Дивертикул обнаруживают на операции после дезинвагинации. Кишечная непроходимость может быть вызвана также перекрутом кишечных петель вокруг дивертикула, припаявшегося к передней брюшной стенке, или ущемлением их при фиксации дивертикула к брыжейке либо кишечным петлям. Клиническая картина типична для непроходимости кишечника. В ряде случаев симптомы нарастают медленно и сопровождаются явлениями сначала частичной, а затем полной кишечной непроходимости. Диагностика дивертикула подвздошной кишки вызывает большие трудности. В ряде случаев поставить правильный диагноз позволяет радиоизотопное исследование на основании локального накопления радиофармпрепарата, выявляющего эктопированную в дивертикул слизистую оболочку желудка. Для окончательного исключения диагноза применяют лапароскопию или пробную лапаротомию.

Целиакия. Клинические проявления целиакии отмечаются после введения в рацион злаков. К основным симптомам относятся: нарушение стула (обильный зловонный, светлый или «пестрый», плохо отмывающийся, два и более раз в сутки), боли в животе, нарастающие после приема пищи через 3–3,5 часа, увеличение размеров живота, рвота, снижение аппетита, отставание массы и роста тела, проявления фосфорно-кальциевой недостаточности (боли в костях, спонтанные переломы, поражение зубной эмали), изменения эмоционального статуса (раздражительность, беспокойный сон, агрессивное поведение), потеря приобретенных ранее психофизических навыков; дополнительные симптомы: проявления полигиповитаминоза, минеральной и белковой недостаточности (частые ОРВИ, мышечная слабость, парестезии, мышечные судороги, периферическая нейропатия, обмороки, выпадение волос, повышенная кровоточивость, нарушение сумеречного зрения, отеки и т. д.). Наличие трех основных или двух основных и двух дополнительных симптомов является аргументом в пользу целиакии.

Для диагностики проводится *провокационный тест* (повторное появление симптомов заболевания при назначении злаковой пищи после улучшения на аглютеновой диете). В клиническом анализе крови: анемия, тромбоцитопения, ретикулоцитоз, ускоренная СОЭ. Протеинограмма: гипопроteinемия, гипоальбуминемия. Биохимическое исследование крови: снижение холестерина, общих липидов и В-липопротеидов, фосфолипидов, уровня Na, K, Ca, P, Fe, Mg, Zn; повышение липазы и трипсина.

Копрограмма: повышенное содержание жирных кислот и мыл (статора 2-го типа), непереваренных мышечных волокон, непереваримой и переваримой клетчатки.

Биохимический анализ кала и липидограмма кала: резкое повышение уровня свободных жирных кислот. Снижение уровня Д-ксилозы в моче. УЗИ органов брюшной полости: «псевдоасцит», отечность поджелудочной железы.

Рентгенологическое исследование: крениограмма – данные за гипертензионно-гидроцефальный синдром; остеограмма – склерозирование зон роста, осевая деформация костей, спонтанные переломы, отставание костного возраста от паспортного на 0,5–2,5 года; исследование ЖКТ с провокационным тестом (манная крупа, пшеничная мука) – изменение рельефа слизистой в верхних отделах пищеварительного тракта, дискинетические расстройства всех отделов кишечника, расширение его петель, появление и нарастание уровня жидкости в них.

Эндоскопическое исследование тонкого кишечника: явления атрофического еюнита – отсутствие складок и перистальтики, бледно-серый колорит, отек, мелкая лимфофолликулярная гиперплазия, при биопсии – отсутствие постбиопсийного кровотечения, снижение тургора кишки, симптом «поперечной исчерченности» слизистой оболочки тощей кишки.

Морфологическое исследование: субтотальная или полная атрофия ворсинок, удлинение крипт, лимфоплазмочитарная инфильтрация собственной пластинки слизистой.

Учитывая то, что диагностика аппендицита не вызывает у врача особых затруднений, мы на этом останавливаться не будем.

Лечение РБЖПП. Лечение рецидивирующих болей психогенного происхождения до сих пор полностью не разработано. Если окончательно поставлен диагноз – рецидивирующие боли в животе психогенного происхождения, то прежде всего следует отрегулировать режим дня, наладить полноценное и регулярное питание.

Доказана эффективность когнитивно-поведенческой программы у этих детей. Применяется рациональная психотерапия, т.е. родителям и по возможности ребенку объясняют сущность психогенных рецидивирующих болей в животе и по возможности стараются разрешить конфликтные ситуации.

Для нивелирования стрессовых состояний используется гипнотерапия, желательно обучить ребенка приемам аутогенной тренировки, самогипнозу. В сочетании с психотерапевтическим воздействием используют и медикаментозную терапию. Доказана эффективность (по сравнению с плацебо) масла перечной мяты в капсулах в течение двух недель, антагониста H_2 -рецептора – фамотидина. Для лечения абдоминальной эпилепсии применяется антагонист серотонина 2A-рецептор – пизотифен (в дозировке 0,25 мг два раза в день).

ОБМОРОК, КОЛЛАПС, ШОК

Общим для этих трех состояний является та или иная степень помутнения сознания, сопровождающая их и требующая дифференциальной диагностики.

Психосоматическая патология может сопутствовать любому из данных состояний, особенно при длительном анамнезе и хроническом характере течения, но пусковым моментом она может быть только в случаях обморока и коллапса.

В МКБ-10 обморок (синкопе, от греч. *syncope* – обрыв, пауза) и коллапс (от лат. *collapsus* – ослабевший, упавший) обозначены одним шифром (R-55), от чего может сложиться впечатление о близости, если не взаимозаменяемости этих терминов. Между тем это не так: неотъемлемым признаком обморока является потеря сознания, пусть даже на считанные секунды, коллаптоидное же состояние характеризуется резким падением артериального давления. Коллапс может привести к развитию обморока, но может пройти и без такового – с сохранением сознания. Согласно МКБ-10 обморок и коллапс сопутствуют следующим состояниям, относящимся к другим разделам рубрикатора:

- психогенный обморок (F48.8);
- синокаротидный синдром (G90.0);
- тепловой обморок (T67.1);
- ортостатическая гипотензия (I95.1),
в том числе неврогенная (G90.3)
- и приступ Стокса–Адамса (I45.9).

Следует все же признать, что основное назначение МКБ-10 – стандартизация, унификация названий заболеваний для эпидемиологических целей, как внутри стран, так и в глобальном масштабе, в чем ее роль трудно переоценить, но в клиническом применении она неудобна.

Обмороком называют приступ внезапной кратковременной потери сознания (длящийся 1–3 минуты), обусловленной развитием острой недостаточности кровообращения головного мозга с нарушением постурального тонуса и быстрым, полным, самостоятельным восстановлением нормального состояния, при этом брадикардия сменяется тахикардией, холодным потом, мышечной гипотонией. Возникновение обморока связывают с острым расстройством метаболизма ткани мозга вследствие глубокой гипоксии или возникновением условий, затрудняющих утилизацию тканью мозга кислорода.

Выделяют три основных патогенетических звена развития обморока:

- падение артериального давления вследствие уменьшения периферического сосудистого сопротивления при системной вазодилатации;
- нарушение деятельности сердца;
- уменьшение содержания кислорода в крови.

Обморок может быть обусловлен воздействием различных факторов, вызывающих преходящий спазм сосудов головного мозга, в том числе – отрицательными эмоциями в связи с испугом, неприятным зрением, конфликтной ситуацией (психогенный обморок); болью (болевой обморок); применением некоторых лекарственных средств, например, ганглиоблокаторов; раздражением некоторых рецепторных зон, например, синокаротидной области (синокаротидный обморок), блуждающего нерва (вазовагальный обморок), вестибулярного аппарата и др. Патогенные церебральные сосудистые эффекты, возникающие при этом, нередко сопряжены с брадикардией и падением артериального давления. В происхождении вазовагального обморока придается значение также центральным парасимпатическим влияниям.

Обмороки могут быть следствием нарушений адаптационных механизмов при заболеваниях головного мозга, поражающих надсегментарные вегетативные образования, а также при функциональных нарушениях, возникающих у практически здоровых лиц, но временно ослабленных в результате воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды, эндогенных или экзогенных интоксикаций, недосыпания, значительного переутомления. Обморок у этих лиц чаще возникает на фоне действия указанных факторов при резком возрастании двигательной, умственной и эмоциональной активности.

Гипоксия ткани мозга или нарушения церебрального метаболизма другого генеза, развивающиеся при некоторых заболеваниях и патологических состояниях, являются причиной возникновения так называемых «симптоматических» обмороков. Они часто бывают обусловлены нарушениями сердечной деятельности: изменением ритма типа синдрома Морганьи–Адамса–Стокса, пороками клапанов сердца, снижением сократительной функции миокарда, ишемической болезнью сердца; артериальной гипотензией и гипертоническими кризами, коллаптоидными реакциями, вегетативно-сосудистыми пароксизмами при аллергических состояниях и эндокринно-гормональных дисфункциях, гипоталамических кризах, мигрени; нарушениями мозгового кровообращения при органических заболеваниях головного мозга и его сосудов (опухоли, гипертензионно-гидроцефальные синдромы, атеросклероз, церебральные васкулиты и др.); окклюзиями, стенозами и деформацией магистральных сосудов, кровоснабжающих головной мозг; перио-

дической вертебрально-базиллярной сосудистой недостаточностью (синдром Унтерхарншейдта); болезнями крови, при которых ухудшается транспорт кислорода; гипогликемическими состояниями, нарушениями внешнего дыхания.

В некоторых случаях обморок бывает вызван экстремальными воздействиями окружающей среды – недостатком кислорода во вдыхаемом воздухе, ускорением в направлении таз – голова, возникающим в самолете, в лифте и т. д.

Так как причины обмороков весьма разнообразны, группой по изучению синкопальных состояний при Европейском обществе кардиологов была предпринята попытка их классификации, которая признается на текущий момент наиболее удачной. Согласно ей причины, вызывающие обмороки, разделяются на:

1. Нейрорефлекторные:

- вазовагальное синкопе (общая слабость),
- повышенный тонус каротидного синуса (синкопе каротидного синуса),
- ситуационное синкопе,
- глоссофарингеальная невралгия.

2. Ортостатическая гипотензия:

- автономная недостаточность,
- лекарственное (или алкоголь) индуцированное синкопе,
- массивное кровотечение,
- геморрагия, диарея, Аддисонова болезнь.

3. Кардиальные аритмии как первоочередная причина:

- дисфункция синусового узла (включая синдром брадикардии/тахикардии),
- нарушение атриовентрикулярной проводимости,
- пароксизмальная суправентрикулярная и желудочковая тахикардии,
- наследственные синдромы (например, синдром удлиненного интервала QT, синдром Бругада),
- проаритмия, индуцированная лекарственными препаратами.

4. Структурные кардиальные или кардиопульмональные заболевания:

- стенозы сердечных клапанов,
- острый инфаркт/ишемия миокарда,
- обструктивная кардиомиопатия,
- миксома предсердий,
- острый разрыв аорты,
- заболевания перикарда/тампонада,
- неисправная работа имплантированных приборов (искусственного водителя сердечного ритма),

- легочная эмболия/ легочная гипертензия.
- 5. Цереброваскулярные причины:
 - синдром сосудистого обкрадывания.

Помимо того, что в патогенезе обморока имеют значение повышенная нервно-сосудистая реактивность, эпизодическая острая недостаточность мозгового кровообращения вследствие снижения артериального давления, нервно-мышечная возбудимость (скрытая тетания), а также гипервентиляционные неврологические расстройства, определенную роль играют наследственная предрасположенность, нарушение режима питания, инфекции, интоксикации, черепно-мозговые травмы. В большинстве же случаев обморок имеет рефлекторный, неврогенный генез, связанный с врожденными или приобретенными особенностями организма.

В связи с широким спектром причин, которые могут провоцировать приступы потери сознания, отсутствием высокоинформативных диагностических методов, трудностями в выявлении этиологических факторов – можно предположить, что повторные эпизоды *синкопальных* состояний неясного генеза при отсутствии видимой органической патологии со стороны ЦНС и сердечно-сосудистой системы на сегодняшний день, являются наиболее распространенной, но в то же время наиболее запутанной и недостаточно изученной проблемой медицинской практики. А соответственно и адекватное лечение таких пациентов – проблематично. Установить же точную распространенность синкопальных состояний нереально еще и потому, что далеко не все случаи служат поводом для обращения к врачу, да и не во всех случаях имеется возможность уверенно сказать, было ли у пациента собственно синкопальное состояние или это было какое-то другое расстройство несинкопальной природы.

Согласно имеющимся данным, рецидивирующими синкопальными состояниями предположительно страдает до 3% взрослого населения. По данным различных источников в общей популяции доля людей, хоть раз в жизни переживших синкопе, колеблется от 3 до 40%. По данным популяционных исследований можно сделать естественный вывод о том, что частота развития синкопе с возрастом растет, эпизоды накапливаются: до 40% лиц старше 75 лет хоть раз в жизни теряли сознание. И в клинической практике обморок – явление нередкое: занимает приблизительно 6 место по частоте госпитализаций.

Диагностика различных по природе обморочных состояний требует детального обследования больного и назначения специального лечения в каждом случае.

В таблице приведены данные о причинах потери сознания среди пациентов всех возрастов.

Наиболее частые причины кратковременной потери сознания

Причины	Удельный вес (%)
Желудочковая тахикардия	11
Синдром слабости синусового узла	3
Брадикардия, атриовентрикулярная блокада II–III степени	3
Суправентрикулярная тахикардия	2
Аортальный стеноз	2
Эпилепсия	2
Транзиторная ишемическая атака	2
Вазовагальный обморок	8
Ситуационные обмороки (при мочеиспускании, дефекации, после еды)	7
Ортостатическая гипотензия	10
Обморок, спровоцированный приемом лекарств	2
Расстройства психики	0,7
Другие причины	6,3
Неизвестная причина	41

Обращает на себя внимание тот факт, что более чем в 40% случаев точную этиологию синкопе выявить так и не удалось.

Больные с синкопальными состояниями неясной этиологии подлежат обязательному диспансерному наблюдению с периодическим (не реже 1 раза в 6 месяцев) обследованием.

У пациентов молодого возраста структура несколько отлична – в основе 39% обмороков лежат психические расстройства, 12% имеют вазовагальную природу, 3% приходится на ситуационные обмороки, 3% – на кардиоваскулярные заболевания, в 2% имеется ортостатическая гипотензия, и в 33% случаев – причины обморока остаются невыясненными.

У детей приступы потери сознания часто вызваны кардиальными механизмами: среди них 30–35% – нарушения ритма, от 3 до 11% эпизодов регистрируются при органических заболеваниях сердечно-сосудистой системы в отсутствие нарушений ритма. Среди других причин синкопе – вазовагальные – 15–30%, синокаротидные – 1–29%, ситуационные – 1–8%, ортостатическая гипотензия – 4–12%, воздействие лекарственных средств – 2–9%.

Обмороки наблюдаются в основном у детей старше 4 лет. У детей в возрасте 10–18 мес., в период становления ходьбы, они довольно ред-

ки. В этом возрасте могут возникать так называемые бледные обмороки младенцев, первое описание которым было дано в 1967 году Ломброзо и Лерманом (С.Т.Lombroso, P.Lerman). В этом возрасте попытки хождения часто сопровождаются падением. Однако у детей с психовегетативной и психо-эмоциональной неустойчивостью при падении или незначительном ударе головой, а иногда и при испуге, – возникает резкая бледность и выступает холодный пот, затем выключается сознание и бледность может переходить в цианоз. Бледный обморок у младенцев развивается в результате церебральной гипокциркуляции вследствие кратковременной асистолии.

В более старшем возрасте обмороки развиваются основном вследствие различных психогенных факторов (испуг, инъекции, вид крови, болевые ощущения), а также интоксикации, переутомления, резкого перехода из горизонтального положения в вертикальное и т.д.

Клинически, обмороки обычно развиваются в три последовательно сменяющихся стадии: предобморочное состояние, нарушение сознания и восстановительный период.

Предобморочное состояние продолжается 10–15 секунд (иногда до минуты), сопровождается ощущением общего дискомфорта, несистематизированным головокружением, пациент нечетко видит окружающие предметы. Отмечаются бледность кожных покровов, гипергидроз, снижается артериальное давление, мышечный тонус, холодеют конечности. В таком состоянии больной падает, но в отличие от эпилепсии, обычно это происходит не внезапно и поэтому он не получает ушибов и повреждений: медленно опускается, хватаясь руками за окружающие предметы, после чего на короткое время теряет сознание (или оно нарушается).

Состояние, ограничивающееся данной фазой, называют обморочной реакцией (липотимия). Пароксизм липотимии длится несколько секунд. Липотимия характеризуется внезапным легким затуманиванием сознания, головокружением, звоном в ушах, тошнотой, похолоданием рук и ног. Объективно отмечают – резкая бледность кожных покровов, легкий цианоз губ, расширение зрачков, малый пульс, снижение артериального давления.

Собственно обмороки разделяются на простые и конвульсивные (судорожные). Простой обморок развивается постепенно. Стадия преинкопального состояния начинается с субъективных ощущений: резкой слабости, головокружения, тошноты, шума в голове, потемнения в глазах, онемения пальцев рук, ног, неприятных ощущений в области сердца и живота. Объективно это проявляется побледнением кожи и видимых слизистых оболочек, неустойчивостью пульса, дыхания и АД. При дальнейшем развитии обморока ощущение дискомфорта на-

растает, усиливаются тошнота и шум в ушах, нарастает слабость, возникает кратковременная потеря сознания (10–40 секунд). Падение обычно не сопровождается ушибами. Кожные покровы бледные, зрачки расширены, реакция на свет ослаблена, дыхание поверхностное. Пульс на лучевой артерии либо не прощупывается, либо ослабленный, аритмичный. Пульсация магистральных сосудов определяется.

В более тяжелых случаях в последующем наступает полная потеря сознания с выключением мышечного тонуса, больной медленно оседает. На высоте обморока отсутствуют глубокие рефлексы, пульс едва прощупывается, артериальное давление низкое, дыхание поверхностное. Приступ длится несколько десятков секунд, а затем следует быстрое и полное восстановление сознания без явлений амнезии.

В постсинкопальном состоянии отсутствует амнезия, как правило нет сонливости. Отмечаются слабость, вялость, головная боль, неприятные ощущения в области сердца и живота, бледность кожи, гипергидроз, неуверенность движений, часто – снижение АД.

Судорожный обморок характеризуется присоединением к картине обморока судорог (общих, генерализованных или единичных подергиваний отдельных мышц). В принципе почти каждая гипоксия мозга (недостаток кислорода), продолжающаяся более 20–30 секунд, может привести к появлению подобных симптомов. Действия не отличаются от таковых при простом обмороке, но необходимо обеспечить, чтобы во время судорог не произошло механических повреждений головы, корпуса, рук. Обратите внимание: судороги могут быть характерны для эпилептического припадка (при этом типичными признаками являются прикус языка, часто бывают вскрики или стоны в начале припадка (вокализация припадка), нередко появляются покраснение и синюшность лица) и для истерического припадка.

Период после обморока длится обычно несколько секунд, пациент быстро приходит в себя, достаточно правильно ориентируется в пространстве и времени. Обычно человек встревожен, напуган случившимся, предъявляет жалобы на выраженную слабость и усталость, тошноту, неприятные ощущения в животе.

Определенную путаницу в клиническую картину могут вносить синкопальные состояния, развивающиеся на фоне стимуляции рецепторов, находящихся в различных органах. Так, рефлекторная импульсация из кишечника, возникающая вследствие банального метеоризма, вызвав пусть даже кратковременное расстройство сознания, заставляет думать о серьезной катастрофе брюшной полости. То же можно сказать и о рефлексах из мочевого пузыря при его перерастяжении вследствие задержки мочеиспускания (патологической или даже произвольной).

Нейрорефлекторный синкопальный синдром, синкопе рефлекторного генеза возникают в связи с активацией рефлексогенных зон, вызывающей брадикардию и вазодилатацию, а также на фоне запредельного возбуждения нервной системы (боль, внезапные сильные эмоции, стресс). Механизм развития этих синкопе до сих пор четко не описан. Вероятно, имеется некая предрасположенность, связанная с нарушением церебральных вазопрессорных механизмов, в результате чего нарушается работа аппарата рефлекторной вазоконстрикции и возникает дисбаланс в сторону влияния парасимпатической импульсации.

Таблица 2

Причины нейрорефлекторного синкопального синдрома

Локализация рефлексогенных зон	Провоцирующие факторы
Головной мозг	Боль, эмоциональные переживания (вазовагальный обморок).
Глаза, уши, нос, глотка	Поражение черепных нервов (языко-глоточный, лицевой, тройничный), оперативные вмешательства на лице, глотание, чихание.
Трахея, бронхи, легкие	Кашель, повышение внутригрудного давления (проба Вальсальвы, поднятие тяжестей, плавание брассом), бронхоскопия, пневмоторакс.
Сердечно-сосудистая система	Длительный ортостаз, стимуляция синокаротидной области, поражение миокарда.
Органы брюшной полости и малого таза	Холецистит, панкреатит, прободение язвы, переедание (вплоть до привычных постпрандиальных синкопе), перераздутие кишечных петель газами, запор, почечная колика, затрудненное мочеиспускание, катетеризация мочевого пузыря.

К нейрогенному типу относятся прежде всего кратковременные потери сознания (обмороки). Основную роль в их развитии играет снижение артериального давления и брадикардия. Как правило, такие обмороки (специалисты называют их вазодепрессорными) наблюдаются у молодых людей с повышенной эмоциональной лабильностью, всегда развиваются под влиянием определенного фактора, обычно одного и того же у каждого конкретного больного.

Психоэмоциональные ситуации (неожиданный испуг, вид крови, взволнованность) приводят к таким обморокам обычно у женщин, а болевые ощущения приводят к обморокам чаще у мужчин. Обмороки

возникают после длительного пребывания в условиях высокой температуры, недостатка свежего воздуха, усугубляются состоянием усталости, как физической, так и эмоциональной. Встречаются обмороки при глотании, мочеиспускании, кашле.

При длительном стоянии, при быстром переходе из горизонтального в вертикальное положение, на фоне приема бета-адреноблокаторов, нитратов, диуретиков могут развиваться обмороки по типу ортостатической гипотонии. Развитие синкопе по такому механизму вызывается нарушением регуляции тонуса сосудов на фоне идиопатической первичной автономной недостаточности. Ряд патологических состояний: надпочечниковая недостаточность, сахарный диабет, нефропатии, алкогольная зависимость, перенесенные инфекции, а также длительный прием некоторых препаратов (помимо упомянутых – фенотиазиды, антигипертензивные средства, некоторые антидепрессанты, блокаторы кальциевых каналов) – создают благоприятный фон для развития ортостатических обмороков. Часто явления ортостатической гипотензии сопутствуют болезни Паркинсона, диабетической и амилоидной нейропатиям.

Другой причиной может быть снижение объема циркулирующей крови. Это явление может сопутствовать упорной рвоте, тяжелым поносам, болезни Аддисона, возникать в результате кровотечений, при беременности (относительное снижение), при обезвоживании на фоне обильного потения и проявляется выраженным и длительным снижением артериального давления при переходе из горизонтального положения в вертикальное, либо попросту пролонгированным пребыванием в вертикальном положении.

Раздражение наружного слухового прохода воронкой и отоскопом при осмотре оториноларинголога может привести к возбуждению п. *vagus* с развитием брадикардии и гипотензии.

Довольно распространенной причиной рефлекторных синкопе может стать тугой воротник или обычный галстук, слишком туго затянутый, просто резкий поворот головы, приводящие к раздражению синокаротидных гломусов. Вообще, синкопе, связанные с гиперчувствительностью синокаротидных зон, выделяются в отдельную нозологическую единицу – так называемый синокаротидный синкопе. *Синдром гиперчувствительности каротидного синуса* протекает по типу простого или, реже, судорожного обморока. Обусловлен гиперактивностью каротидного рефлекса (с каротидных синусов, расположенных на передне-боковых поверхностях шеи), что и вызывает внезапно возникающую аритмию, брадикардию, кратковременную остановку сердца. Так как провоцирующими факторами могут являться резкий поворот головы, ношение тугих воротников – отсюда и вывод: никогда не следует забы-

вать при оказании помощи ослабить воротник, освободить шею пострадавшего.

Для выявления каротидной гиперреактивности проводят массаж каротидного синуса под контролем ЭКГ и артериального давления. Если исследование в клиноположении дает отрицательный результат, его повторяют сидя или стоя. Появление пауз синусового ритма более 2 секунд (у взрослых больных более 3 секунд) и/или вазопрессорная реакция со снижением АД более чем на 40 мм рт. столба убеждают в диагнозе.

Синкопе может возникнуть при сильной боли (эмоционально-болевой), психоэмоциональном состоянии (истерический), кровопотере, при заболеваниях сердца (аритмия, атриовентрикулярная блокада, синдром Морганьи – Адамса – Стокса, пароксизмальной тахикардии и т. д.). Часто наблюдается при сосудистой лабильности, у лиц с исходно низким артериальным давлением, вестибулярными нарушениями, при быстром переходе из горизонтального положения в вертикальное (ортостатический) вследствие угнетения рефлекторного и гуморального звеньев регуляции артериального давления.

Описан обморок при резком вставании после ночного сна, при акте мочеиспускания и дефекации в ночные часы (никтурический), обусловленный преобладанием парасимпатического тонуса и ишемией мозга по причине перераспределении крови с приливом ее к органам малого таза. Обморок может быть вызван затяжным кашлем (беталепсия) у больных с хроническими заболеваниями легких вследствие повышения давления в грудной полости и затрудненного оттока из полости черепа.

Из кардиогенных обмороков наиболее часто встречаются *аритмические синкопе*. Некоторые виды аритмий: тахиаритмия, фибрилляция желудочков или асистолия – могут приводить к потере сознания. По данным ряда исследователей, около 30–35% всех синкопальных состояний обусловлены нарушениями ритма сердца.

Аритмические обмороки развиваются внезапно без предобморочного состояния на фоне тахиаритмии (пароксизмы желудочковой, реже – наджелудочковой тахикардии) и брадиаритмии (атриовентрикулярные или синоатриальные блокады, синдром слабости синусового узла, остановка сино-атриального узла, частые блокированные экстрасистолы).

Из всех синкопальных состояний синкопальные состояния аритмического происхождения являются наиболее опасными для больного, так как очевиден риск смертельного исхода.

Основными нарушениями ритма, способными приводить к потере сознания, являются пароксизмальные формы трепетания и мерцания предсердий, полная поперечная блокада, синдром удлиненного QT, пароксизмальная желудочковая тахикардия. Другие формы аритмий

крайне редко приводят к потере сознания, однако каждому больному, страдающему аритмией (и в особенности вышеперечисленными аритмиями), желательно проконсультироваться у лечащего врача о возможности у него данного осложнения и совместно выработать правила поведения, которые свели бы к минимуму риск подобных осложнений.

Технически трудно зарегистрировать у детей аритмию во время приступа, исключая пароксизмальную тахикардию у ребенка старшего возраста, последняя проявляется внезапным резким учащением сердечного ритма, сопровождающимся слабостью и выраженным беспокойством.

Нарушения сознания на фоне расстройств сердечного ритма связаны с быстро возникающим уменьшением ударного или минутного объемов. Причинами их могут быть нарушения функции синусового узла, нарушения атриовентрикулярного проведения, пароксизмальные тахиаритмии, сопровождающиеся критическим снижением сердечного выброса, в том числе аритмии, возникающие при врожденных синдромах (Романо–Урда, Вольфа–Паркинсона–Уайта, Бругарда) или развивающиеся вследствие приема лекарств с проаритмогенным потенциалом (в особенности препаратов, удлиняющих интервал QT), а также нарушения работоспособности имплантированного ранее кардиостимулятора. Для обморочного состояния в этих случаях характерны цианоз, ощущение перебоев в работе сердца, слабость.

Сам обморок может быть относительно продолжительным, сопровождаться выраженной тахи- или брадикардией, снижением артериального давления, цианозом.

Помимо этого, к распространенным причинам синкопе относятся – патология клапанного аппарата сердца, гипертрофическая кардиомиопатия и субаортальный мышечный стеноз, миксома, острая ишемия миокарда, перикардальный выпот с острой тампонадой, расслоение аневризмы аорты и острая легочная гипертензия. А так называемые симптоматические обмороки регистрируются у детей с раннего возраста. Часто они возникают при врожденных пороках сердца, нарушениях сердечного ритма. Определенное сочетание указанных и других нарушений рассматривается в виде отдельных синдромов:

- синдром Морганьи–Адамса–Стокса – острая ишемия головного мозга, развивающаяся вследствие нарушения ритма и проводимости сердца. Эти церебральные нарушения проявляются в виде внезапной потери сознания, что может сопровождаться судорогами. Припадку может предшествовать чувство стеснения в груди, головокружение. На ЭКГ во время пароксизма выявляются асистолия, трепетание или мерцание желудочков, иногда полная или частичная атриовентрикулярная блокада;

- синдром Вольфа–Паркинсона–Уайта – пароксизмальная тахикардия, наступающая вследствие врожденного или приобретенного нарушения внутрижелудочковой проводимости, снижения артериального давления. На высоте пароксизма могут развиваться обмороки;
- и ряд других.

Больные с приступом Морганьи–Адамса–Стокса – подлежат обследованию в кардиологическом отделении. Вопрос о госпитализации больных с аритмиями, не угрожающими жизни, решается индивидуально.

Приступы тахикардии обычно возникают внезапно и сопровождаются бледностью, иногда переходящей в цианоз, гипергидрозом. На догоспитальном этапе диагностические возможности при синкопальных состояниях существенно ограничены: врачу приходится опираться лишь на клиничко-anamnestические данные и данные ЭКГ, которые в первую очередь позволяют оценить риск для жизни пациента и принять решение о необходимости госпитализации или возможности оставления больного дома – желудочковой проводимости.

Состояниям, которым сопутствует пролабирование створок митрального клапана также свойственны синкопы в моменты выраженной регургитации крови в предсердие с раздражением рецепторных зон. Установлено, что пролапс митрального клапана встречается у 50–65% пациентов с паническим расстройством, в то время как среди населения в целом – лишь в 5%. Паническое расстройство – распространенное тревожное расстройство, склонное к хронизации заболевание, которому подвержены, по данным различных исследований, от 2 до 5% населения. Манифестируется оно в молодом, социально активном возрасте. Распространенность его по данным эпидемиологических исследований составляет 1,9–3,6%. У женщин эта болезнь наблюдается в 2–3, а по отдельным данным – в 6 раз чаще. Типичным для него является манифестация в подростковом возрасте и в начале зрелого возраста. Наибольшего распространения достигает в возрасте от 25 до 64 лет. Основным проявлением данного состояния являются повторяющиеся пароксизмы тревоги (панические атаки). Последние представляет собой необъяснимый, мучительный для больного приступ страха или тревоги в сочетании с различными вегетативными (соматическими) симптомами. Столь высокая степень коморбидности пролапса митрального клапана панического расстройства пока не имеет отчетливого патогенетического объяснения. В связи с этим обнаружение пролапса митрального клапана не является основанием для отрицания диагноза панического расстройства и препятствием для терапии бензодиазепинами и нтидепрессантами. Тем не менее, при подозрении на пролапс митрального клапана (добавочный среднесистолический тон при аускультации

сердца) следует провести ФКГ, ЭКГ, Эхо-КГ и анализы на тиреоидные гормоны (тиреотоксикоз часто сочетается с пролапсом митрального клапана). Пролапс митрального клапана сопутствует синдрому Элерса–Данло, для которого характерно системное вовлечение соединительной ткани с повышением ее эластичности, в результате чего растягиваются и сухожилия папиллярных мышц, крепящихся створки митрального клапана, что и является причиной пролабирования при данном состоянии. При выраженном пролабировании пролапс митрального клапана чреват смертельным исходом от рефлекторной внезапной остановки сердца.

К синкопе, возникающих на фоне патологии сосудов, питающих головной мозг, относится синдром обкрадывания, возникающий как следствие парциального расширения сосудов и повышения мозаичности мозгового кровотока, так и в результате артериальной гипотензии, вызванной иными причинами. Редкой причиной может быть так называемый «синдром подключичной артерии».

Причиной синкопе может быть ряд психических заболеваний. Например, депрессивное состояние сопровождается гиперпноэ и вазодепрессорными реакциями. Как уже упоминалось, в паническом состоянии может наблюдаться потеря сознания. При подозрении на психогенное происхождение приступов потери сознания обязательна консультация психиатра.

Обобщая приведенные выше описания состояний и причин развития синкопе, их можно в упрощенном виде представить следующим образом (см. табл. 3 на стр. 251).

Диагностика. Установлению причины синкопальных состояний во многом может помочь правильный сбор жалоб и анамнеза. При этом следует обратить внимание и оценить следующие ключевые моменты:

- 1) поза, в которой развилось синкопе (стоя, лежа, сидя);
- 2) уточнить характер действий, приведших к синкопе (стояние, ходьба, повороты шеи, физическое напряжение, дефекация, мочеиспускание, кашель, чихание, глотание). Так, например, такой редкий диагноз как миксома может быть заподозрен, если синкопе развивается при повороте с боку на бок. При синкопальных состояниях, стереотипно возникающих при дефекации, мочеиспускании, кашле или глотании, говорят о ситуационных обмороках. Ситуация, когда синкопе бывает связано с запрокидыванием головы назад (как если бы пациент хотел посмотреть на потолок или на звезды), носит красивое название «синдром Сикстинской капеллы» и может быть связана как с сосудистой патологией, так и с гиперстимуляцией синокаротидных зон. Синкопальные состояния, возникающие во время физического напряже-

Таблица 3

Ключи к выявлению причины развития синкопе

Дифференциально-диагностические признаки	Предполагаемый диагноз
Неожиданный и/или неприятный раздражитель	Вазовагальный обморок
Длительное стояние в душном помещении	Вазовагальный обморок или автономная нейропатия
Наличие тошноты или рвоты	Вазовагальный обморок
В течение часа после еды	Постпрандиальное синкопе или автономная нейропатия
После физического усилия	Вазовагальный обморок или автономная нейропатия
Боль в области лица или в горле	Неврит тройничного или языкоглоточного нерва
Синкопе после вращения головы, бритья, сдавления шеи тугим воротником, галстуком	Синдром синокаротидного синуса
В течение нескольких секунд после вставания	Орто статическая реакция
Наличие временной связи с приемом лекарств	Медикаментозный обморок
Во время нагрузки или в положении лежа	Кардиальное синкопе
Ощущения сердцебиения	Тахикардия
Указания на случаи внезапной смерти в семейном анамнезе	Синдром удлинения QT, аритмогенная дисплазия, гипертрофическая кардиомиопатия, пролапс митрального клапана
Головокружение, дизартрия, диплопия	Транзиторная ишемическая атака
Возникновение при активных движениях рукой	Синдром подключичной артерии
Существенные различия артериального давления на руках	Синдром подключичной артерии; расслоение аневризмы аорты
Последующая спутанность более 5 минут	Судорожный синдром
Аура, судороги, прикус языка, цианоз лица, автоматизмы	Судорожный синдром
Частые обмороки при наличии соматических жалоб и отсутствии органической патологии	Психическое нарушение

- ния, позволяют заподозрить наличие стеноза выносящего тракта левого желудочка;
- 3) предшествовавшие синкопе события (переедание, эмоциональные реакции и т.д.);
 - 4) предвестники синкопе (головная боль, головокружение, «аура», слабость, нарушения зрения и т.д.). Отдельно следует выяснить наличие таких симптомов, как тошнота или рвота, перед потерей сознания. Их отсутствие заставляет задуматься о возможности развития нарушений ритма сердца;
 - 5) уточнить обстоятельства самого синкопального эпизода – длительность, характер падения (навзничь, «сползание» или медленное опускание на колени), цвет кожных покровов, наличие или отсутствие судорог и прикусывания языка, наличие расстройств внешнего дыхания;
 - 6) характер разрешения синкопе – наличие заторможенности или спутанности сознания, непроизвольное мочеиспускание или дефекация, изменение цвета кожных покровов, тошнота и рвота, сердцебиение;
 - 7) данные анамнеза – семейный анамнез внезапной смерти, заболеваний сердца, обмороков; наличие в анамнезе заболеваний серд-

Таблица 4

Причины расстройств сознания «несинкопальной» природы

Состояния, характеризующиеся потерей сознания	Состояния, не всегда сопровождающиеся потерей сознания
Метаболические расстройства (гипогликемия, гипоксия, гипокапния вследствие гипервентиляции, гипо- и гиперкалиемия)	Катаплексия*
Эпилепсия	Тепловой и солнечный удар
Инттоксикация	Психические нарушения
Вертебробазиллярные транзиторные ишемические атаки	Транзиторные ишемические атаки «каротидного» происхождения.
«Синкопальная мигрень»	Дроп-атаки**

* Под катаплексией понимаются внезапные приступы слабости, которые могут как сопровождаться падением, так и проходить без такового; однако в любом случае протекающие на фоне сохранения сознания.

** Дроп-атака – внезапные эпизоды нарушения постурального тонуса, результатом которых является падение; сознание при этом не утрачивается.

ца, легких, метаболических расстройств (в первую очередь – сахарного диабета и патологии надпочечников); прием лекарственных препаратов; данные о предыдущих синкопе и результатах обследования (если проводилось).

Как уже неоднократно упоминалось, дифференциальная диагностика причин синкопе включает множество состояний, в том числе опасных для жизни, и бывает весьма сложной (см. табл. 4 на стр. 252).

Обмороки необходимо дифференцировать от эпилепсии, поскольку они могут иметь судорожный компонент. К тому же бессудорожные обмороки внешне напоминают атонические и акинетические эпилептические приступы. Иногда даже специалисту бывает трудно различить обморок и припадок.

Большие эпилептические припадки обычно начинаются с тонических судорог, которые переходят в клонические. В отличие от эпилептического припадка обморок развивается поступательно: затуманивается сознание, появляется движение горячей или холодной волны снизу вверх, в это время больной пытается схватиться за окружающие предметы, сесть. При эпилептическом припадке сознание утрачивается сразу, больной падает как подкошенный, затем начинаются судороги, часто бывает непроизвольное мочеиспускание, прикусывание языка, дыхание шумное, учащенное, от чего слюна вспенивается и выделяется изо рта, после припадка – напоминающая сон длительная оглушенность, головная боль, разбитость. Бледность кожи и артериальная гипотензия – нехарактерны.

Эпилептические припадки могут возникать в любое время суток, независимо от положения тела больного в пространстве; обморок редок в горизонтальном положении (исключая приступ Морганьи–Адамса–Стокса). Обмороку обязательно сопутствует бледность, тогда как при эпилептическом припадке возможны цианоз или гиперемия кожи. Часто припадкам предшествует аура, характер ее позволяет определить локализацию эпилептического очага. При падении в судорожном припадке травматизация более типична, чем при обмороке. При припадке бессознательный период обычно длится дольше, сознание восстанавливается медленно, в то время как после обморока оно восстанавливается сразу. Повторные приступы потери сознания (несколько раз в день или в месяц) у молодого пациента скорее говорят о припадке, чем об обмороке. В сочетании с характерными для эпилепсии изменениями ЭЭГ, перечисленные признаки позволяют дифференцировать эпилептический припадок от обморока.

Малые эпилептические припадки чаще развиваются внезапно, протекают с кратковременной потерей сознания, при этом в ряде случаев мышечный тонус может быть сохранен и больные на несколько секунд

«застывают», реже наблюдается резкое снижение мышечного тонуса и падение больных. Чем дольше больной страдает эпилепсией и чем чаще возникают припадки, тем выраженной характерны проявления изменений личности (раздражительность, вязкость, чрезмерная аккуратность). Результаты дополнительных методов исследования порой имеют решающее значение в диагностике эпилепсии: регистрация специфических изменений электрической активности мозга на ЭЭГ, выявляемые на компьютерной томографии головного мозга объемные образования, грубые ликвородинамические нарушения, выраженные атрофические процессы – как источники эпилептогенной активности.

Истерический припадок отличается от обморока демонстративностью пароксизма и возникновением припадка только в присутствии посторонних лиц. Истерические припадки развиваются у лиц, отличающихся демонстративным стилем мышления. Припадки возникают по очевидному поводу, всегда на людях и относительно продолжительны. Больные падают обдуманно: плавно и мягко, – поэтому травм практические не бывает. Во время припадка цвет кожи и слизистых оболочек не изменяется, зрачки хорошо реагируют на свет, веки сжаты, брадикардии или артериальной гипотензии не отмечается, нередко бывает прикусывание губ, но не языка, театральные стопы, вычурные позы, хаотические движения, но не тонические или клонические судороги. Иногда удается прервать припадок, зажав на непродолжительное время больному рот и нос.

Исследование ЭКГ показано всем больным с синкопальными состояниями, так как оно часто позволяет подтвердить (но не исключить) аритмическое или миокардиальное происхождение.

Для подтверждения ортостатического происхождения синкопе можно провести элементарную пробу при измерении артериального давления. Первое измерение проводится после пятиминутного пребывания пациента в положении лежа на спине. Затем пациент встает, и измерения проводят через 1 и 3 минуты. В случаях, когда снижение систолического давления более чем на 20 мм рт. столба (либо ниже 90 мм рт. столба) фиксируется на 1 или 3 минутах, пробу следует считать положительной. Если показатели снижения давления не достигают указанных величин, но к 3-й минуте давление продолжает снижаться, следует продолжать измерения каждые 2 минуты – либо до стабилизации показателей, либо до достижения критических цифр.

Но и как в случае с ЭКГ, исключить ортостатический генез на основании этого теста невозможно, для этого требуются более чувствительные методики, например – тилт-тест.

Тилт-тест – наиболее часто используемый метод в изучении механизмов нарушения автономной регуляции и развития синкопе у па-

циентов с неврокардиогенными синкопе. В наиболее простой форме тилт-тест состоит в изменении положения тела пациента из горизонтального в вертикальное. При этом под действием гравитационных сил происходит депонирование крови в нижней части тела, снижается давление наполнения правых отделов сердца, что триггирует целую группу рефлексов. В норме такое изменение положения тела увеличивает симпатический ответ с артериальной вазоконстрикцией и увеличением сократительной способности миокарда. Пробу выполняют с использованием стола для проведения ортостатических проб, на котором пациента надежно фиксируют специальными приспособлениями. После «адаптации» в горизонтальном положении в течение 20–30 минут, головной конец стола поднимают. Затем в течение 30–45 минут под контролем артериального давления и частоты пульса определяют реакцию сердечно-сосудистой системы на «ортостатический стресс». При этом вазодепрессорный компонент можно оценить путем непрерывного мониторинга давления, основанного на использовании метода плетизмографии.

При проведении «стресс-тестов» следует учитывать, что физическая нагрузка может спровоцировать жизнеугрожающую аритмию. В таком случае проведение нагрузочных тестов достаточно опасно и в педиатрических отделениях не рекомендуется. Необходимым условием является наличие возможности проведения реанимационных мероприятий и обязательное наличие дефибриллятора.

В связи с риском нарушений мозгового кровообращения, не следует проводить пробу с массажем каротидного синуса на догоспитальном этапе. При обследовании же в стационаре эта проба с большой степенью достоверности позволяет выявить синдром каротидного синуса.

При повторных обмороках показана госпитализация в неврологическое отделение.

Обследование для дифференциальной диагностики обмороков проводится по следующей программе:

- собирается анамнез с уточнением сведений о перенесенных заболеваниях, травмах, принимаемых лекарственных средствах;
- выясняется наличие жалоб в межприступный период;
- фиксируются данные о том, как давно и как часто повторяются обмороки;
- уточняются факторы, провоцирующие обмороки;
- среди особенностей синкопального состояния обращают внимание на:
 - наличие, проявления и продолжительность предобморочного состояния;

Таблица 5

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОБМОРОКОВ

Признаки	Анамнез	Провоцирующие факторы	Предобморочное состояние	Обморок	Послеобморочное состояние	Дополнительные исследования
Нейрокардиогенный	Повторные обмороки в типичных ситуациях	Стресс, душное помещение, кашель, натуживание, мочеиспускание	Слабость, головокружение, тошнота, дискомфорт в эпигастрии, звон в ушах, потливость, бледность	Кратковременный; бледность, потливость, резкое снижение артериального давления и/или брадикардия	Гиперемия и влажность кожи, слабость, головокружение, брадикардия	Проба Тулезиуса, пассивный ортостаз
Ортостатический	Гипотензия, постельный режим, дегидратация	Резкий переход в вертикальное положение	Отсутствует	Кратковременный; без вегетативных реакций и изменения частоты сердечных сокращений	Отсутствует	Пробы Тулезиуса, Вальсальвы, пассивный ортостаз
Кардиогенный	Ишемическая болезнь сердца, порок сердца, аритмии	Нет или физическая нагрузка, перемена положения тела	Чаще отсутствует. Возможны боль или перебои в сердце, одышка, диспноэ	Относительно продолжительный; цианоз, аритмия	Слабость, цианоз, боль за грудиной, перебои в работе сердца	ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ, УЗИ, ЭФИ
Цереброваскулярный	Неврологические заболевания	Нет или наклон, поворот, запрокидывание головы	Чаще отсутствует. Возможны головная боль, головокружение, слабость	Относительно продолжительный; акроцианоз, неврологическая симптоматика	Головная боль, боль в шее, дизартрия, парезы	Консультация невропатолога, рентгенография позвоночника, доплерография

- симптомы во время обморока (цвет и влажность кожных покровов);
- наличие, проявления и продолжительность послеобморочного состояния;
- при проведении физикального обследования делается акцент на выявление сердечно-сосудистых заболеваний (размеры сердца, сердечные и сосудистые шумы, артериальное давление, частоту и регулярность пульса, различия в наполнении пульса с обеих сторон на лучевых и сонных артериях, признаки сердечной недостаточности и т.д.).
 - обязательно проведение ЭКГ, оптимально сопоставить полученные данными с предыдущими – за возможно более длительный период;
 - консультация невропатолога;
 - лабораторные исследования – по показаниям (гемоглобин, эритроциты, гематокрит, глюкоза крови и т.д.);
 - проведение тестов в зависимости от выявленных особенностей: активной ортостатической пробы по Тулезиусу; массажа каротидного синуса; консультация психиатра;
- проводятся специальные тесты, суточное мониторирование ЭКГ, артериального давления, Эхо-КГ, ЭФИ.

Дифференциальную диагностику обмороков проводят исходя из особенностей анамнеза и данных объективных методов исследования, в зависимости от результатов в программу вносятся необходимые коррективы.

При затяжных обмороках необходимо исследовать содержание сахара в крови для исключения гипогликемии.

Обмороки, спровоцированные сильными болями и иными стрессорирующими ситуациями, при психологическом закреплении могут в дальнейшем провоцироваться аналогичной ситуацией, даже намеком на нее или одним воспоминанием об уже бывшем когда-то обмороке.

Профилактика. Профилактике обморочных состояний будут способствовать прежде всего здоровый образ жизни и мероприятия общеукрепляющего свойства.

Следует позаботиться о здоровом, достаточном по продолжительности сне, дефицит которого может стать причиной обмороков. Нужно стараться спать не менее 6–8 часов в сутки, детям от 8 и более.

Необходимо практиковать продолжительные прогулки и занятия физкультурой. Физические упражнения укрепляют кровеносные сосуды и улучшают кровообращение. Быстрые прогулки по 20 минут три

раза в неделю могут оказаться достаточным условием для уменьшения вероятности развития обмороков.

Залогом успеха, как и во многих других случаях, является правильное, соответствующее всем существующим требованиям питание. В большинстве случаев люди чувствуют себя гораздо лучше, когда они начинают придерживаться рациональной диеты. Если вы соблюдаете какую-либо необычную диету, например, принимаете исключительно жидкую пищу, у вас может нарушиться минеральный обмен, что само по себе может быть причиной обмороков.

Не следует забывать об адекватном питьевом режиме: обезвоживание организма может провоцировать обмороки, что можно предотвратить, употребляя в день 8 стаканов воды. При этом нельзя забывать об электролитном балансе: употребление предназначенных для спортсменов напитков, сбалансированных по электролитному составу, позволит пополнять запас минеральных веществ в организме, в том числе и таких важных ионов, как калий и магний.

Для профилактики развития обморока следует устранить факторы, способствующие его возникновению. При артериальной гипотензии показаны общие стимулирующие средства (*липоцеребрин, настойки лимонника, заманихи, женьшеня, аралии; пантокрин* и т. д.). При более выраженном снижении артериального давления показаны *эфедрин, кордиамин*; психостимулирующие средства, обладающие адреносимпатической активностью (*фенамин, кофетамин*).

Астенические состояния также являются показанием для назначения тонизирующих средств (настойки китайского лимонника, заманихи, ацефена), но кроме того рекомендуются и седативные средства – настойки валерианы, пустырника, бромкамфора, малые дозы фенобарбитала, фрутицина; транквилизаторы – феназепам, седуксен, элениум, триоксазин. В тяжелых случаях – нейролептические средства.

Лечебно-профилактическим действием обладают психотерапия, аутогенная тренировка, применение воздушных ванн, гидропроцедур; регулярные дозированные физические нагрузки, временное пребывание в условиях пониженного барометрического давления (лечение в барокамере или санаторно-курортное лечение в условиях высокогорных курортов).

Лечение. Лечение обмороков сводится, с одной стороны, к купированию самого обморочного состояния, а с другой – к терапии основного заболевания-причины развития синкопе.

Большинство синкопальных состояний не требуют специфической фармакотерапии на догоспитальном этапе. Применение лекарственных средств показано только для лечения основных заболеваний, являющихся непосредственной причиной расстройства сознания:

40–60 мл 40% глюкозы при гипогликемии; подкожное введение 0,5–1,0 мл 0,1% атропина сульфата при выраженной брадикардии (в случае повторных введений не следует превышать суммарную дозу 0,03 мг на кг массы тела); глюкокортикоиды при надпочечниковой недостаточности и т.д.

Неотложная помощь. При потере сознания следует следить за дыханием и пульсом пострадавшего, чтобы при необходимости принять меры по реанимации. Срочно уложить пациента в горизонтальное положение на спине со слегка согнутой в дорсальном направлении головой, освободить от одежды, обеспечить приток свежего воздуха, обложить теплыми (но не горячими!) грелками. Необходимо обеспечить свободное дыхание, расстегнуть воротник, пояс, расслабить одежду, широко открыть окна или вынести ребенка на открытый воздух, приподнять ножной конец кровати, опрыскать лицо холодной водой или похлопать по щекам полотенцем, смоченным в холодной воде. Хорошо помогает вдыхание возбуждающих средств (нашатырный спирт, уксус), в этом плане не стоит забывать старый дедовский способ, когда виски растирали уксусом (и охлаждение, и воздействие запаха). Чаще всего для этих целей применяется нашатырный спирт, когда 2–3 капли наносятся на небольшой клочок ваты или чистой тряпочки и неоднократно проводят на расстоянии 5–10 см от носа пострадавшего в течение 1,5–2 минут и протирают виски и лоб. Показан легкий массаж живота.

Больного не следует поднимать в вертикальное положение. Если его дыхание становится свистящим – повернуть его на бок. Можно привести человека в чувство, сильно растерев, размяв ладонями уши до покраснения, что оказывает общее действие на весь организм, или несколько раз сильно сдавив мочки ушей. Можно также сделать пять–шесть сильных нажимов острием ногтя указательного пальца на область верхней трети вертикальной борозды верхней губы – здесь расположена скоропомощная/реанимационная точка китайской традиционной медицины. На знании акупунктурных точек основаны рекомендации, согласно которым следует энергичными круговыми движениями от центра к периферии растереть затылочные бугры, расположенные по линии крепления мышц шеи к затылочной кости на расстоянии 4–5 см выше 1-го шейного позвонка с двух сторон от средней линии, образуя примерно равносторонний треугольник. Воздействие на последние точки способно повысить артериальное давление и силу сердечных сокращений.

Точки общего действия расположены по центру кончиков пальцев по обе стороны от оснований ногтей. Сильное ритмичное воздействие сначала на концевые точки по 10 раз ногтем большого пальца, а затем ногтями большого и указательного пальцев на точки, расположенные по бокам оснований ногтей способны вывести пациентов из достаточно глубокого обморока любого происхождения. Воздействие начинается

с мизинца на правой руке на все пальцы поочередно, а затем с мизинца на левой. Конечности следует растереть разведенным этиловым или камфорным спиртом.

Пациентам с редкими вазовагальными обмороками и выявленными триггерными факторами следует рекомендовать по возможности избегать ситуаций, приводящих к обморокам (синкопе, связанные с повышением внутригрудного давления во время поднятия тяжестей, игре на духовых инструментах, при виде крови и т.д.). В ряде случаев, когда очевиден триггерный механизм синкопе (например, гастроинтестинальные обмороки при глотании, связанные с грыжей пищевода или пищеводного отверстия диафрагмы), лечение может быть направлено на устранение патологии желудочно-кишечного тракта.

Пациентам с глоссофарингеальными обмороками при кашле и чихании следует рекомендовать препараты, угнетающие кашлевый центр. В более тяжелых случаях необходима медикаментозная терапия или имплантация искусственного водителя ритма.

Показано введение 1% раствора *метафона* (до 5 лет 0,025 мл, 6–10 лет – 0,02 мл, 11–14 лет – 0,15 мл на 1 кг массы, не более 1 мл), *кофеина* (внутри 0,025–0,1 г на прием, подкожно 0,25–1 мл 10% раствора), *кордиамина* (0,2–1 мл). При отсутствии эффекта производят искусственное дыхание. Показана трансфузия плазмозамещающей жидкости (*реополиглюкин*, *изотонический раствор хлорида натрия*) в среднем до 20 мл/кг в течение 24 часов, преднизолон – 1–2 мг/кг (в сутки) внутривенно или внутримышечно. Метаболический ацидоз устраняют введением 4% раствора *гидрокарбоната натрия*.

При вагусном обмороке (замедление или ослабление сердечной деятельности) вводят 0,1 мл 1% раствора *атропина сульфата*, осуществляют непрямой массаж сердца, блокаду каротидного синуса (электрофорез *новокаина*).

В тяжелых случаях, когда обморок затягивается, показан непрямой массаж сердца и искусственное дыхание рот в рот. При нарушении ритма сердечной деятельности используют антиаритмические препараты.

При симптоматическом обмороке лечение направлено на устранение причины, его вызвавшей. В случаях, когда обморок обусловлен синдромом Морганьи–Адамса–Стокса, назначают инъекции атропина, введение эфедрина, прием под язык изадрина или новодрина в виде ингаляций. При неэффективности этих мер необходимо (в условиях клиники) подключение электрокардиостимуляции. Медикаментозная терапия показана пациентам с преобладанием в клинике вазодепрессивного компонента. Она может быть назначена также при комбинированном лечении совместно с постоянной кардиостимуляцией, если последняя полностью не устраняет клинических проявлений заболевания.

Разнообразие патофизиологических механизмов неврокардиальных синкопе требует применения в клинических условиях широкого спектра фармакологических препаратов, воздействующих на разные уровни вегетативной нервной системы. В связи с этим оценку эффективности лечения тем или иным препаратом наиболее целесообразно проводить под контролем тилт-теста, результаты которого высоко коррелируют с естественным течением болезни.

Из ваголитических препаратов применяют *дизопирамид* и *скополамин*. *Дизопирамид*, дающий отрицательный инотропный и антихолинергический эффекты, оказывает свое положительное воздействие в дозах по 150–250 мг 2–3 раза в день. При неэффективности дизопирамида могут быть назначены вазоконстрикторные препараты (такие как *мидадрин*).

Кратковременный обморок при аритмиях, как правило, не требует специальной терапии. Если характер аритмии при длительной потере сознания неизвестен, проводят реанимационные мероприятия, как при остановке сердца, включая непрямой массаж сердца, искусственную вентиляцию легких. При тахикардии методом выбора лечения служит электроимпульсная терапия. При невозможности проведения дефибрилляции пароксизм желудочковой тахикардии возможно купировать ударом кулака в предсердную область.

При брадикардии следует внутривенно ввести 0,75–1 мл 0,1% раствора *атропина* и начать внутривенную капельную инфузию 1 мл 0,02% раствора *изупрела* в 100–200 мл изотонического раствора *хлорида натрия*. Однако наиболее стойкого эффекта следует ожидать от электрической стимуляции сердца (наружной, чреспищеводной, трансвенозной эндокардиальной). В последующем необходимы – проведение антиаритмической терапии и, возможно, имплантация искусственного водителя ритма больным с кардиальной формой синдрома каротидного синуса).

При пароксизмальной тахикардии назначают *панангин* внутривенно; противоритмические препараты – *новокаинамид*, *хинидин*, *этимозин*. При пароксизмальной форме аритмии эффективны некоторые противосудорожные препараты (*дифенин*, *карбамазепин*, *бензонал*). При вестибулярно-вегетативных пароксизмах наиболее эффективны препараты холинолитического, антигистаминного, антихолинэстеразного действия в сочетании с малыми дозами психостимуляторов. При симпато-адреналовых кризах применяют препараты адренолитического действия (*пирроксан*, *аминазин*); при вагоинсулярных приступах – *бутироксан*, *спазмолитин*, *апрофен*; при смешанных формах – *диазепам*, *хлордиазепоксид*, а также антигистаминные средства.

Больных в состоянии обморока, развившегося при заболеваниях сердца, особенно с синдромом Морганьи–Адамса–Стокса, срочно госпитализируют в терапевтическое отделение.

Развитие ортостатической гипотензии может потребовать мер по устранению ее причин:

выраженная гиповолемия корригируется внутривенным введением плазмозамещающих растворов; при передозировке альфа-адреноблокирующих препаратов (*празозин, доксазозин*) с осторожностью может быть введен *мидадрин (гутрон)* 5–20 мг внутривенно струйно. Доза титруется под контролем артериального давления, при этом во внимание принимается то, что введение 5 мг препарата повышает систолическое артериальное давление приблизительно на 10 мм рт. ст. Также *мидадрин* может быть применен *per os* – в виде капель (три капли содержат 2,5 мг препарата). При тяжелом медикаментозном коллапсе возможно введение *фенилэфрина (мезатона)* – до 1 мл 1% раствора подкожно или 0,1–0,5 мл внутривенно струйно.

Как правило, синкопальные состояния не характеризуются длительными расстройствами дыхания, поэтому терапия дыхательными analeптиками практически не показана. Для снижения проницаемости альвеолярно-капиллярных мембран и борьбы с гипотонией вводят

внутривенно глюкокортикоиды – преднизолон до 3–5 мг/кг в сутки, первоначально вводимая доза может составить половину суточной. Для устранения сопутствующей сосудистой недостаточности, ухудшающей работу сердца и способствующей усугублению метаболического ацидоза, показано осторожное введение жидкости под контролем диуреза: в первый день не более 40–50 мл/кг, в дальнейшем до 70 мл/кг, при отеке легких, олигурии и отечном синдроме – 20–30 мл/кг. Рекомендуется чередовать введение поляризующей смеси (10% раствор глюкозы – 10–15 мл/кг, инсулин – 2–4 БД, панангин – 1 мл на 1 год жизни или раствор хлорида калия, 0,25% раствор новокаина – 2–5 мл) 2 раза в сутки с раствором реополиглюкина, гемодеза, плазмы, при стойком ацидозе показано введение 4% раствора гидрокарбоната натрия.

В зависимости от состояния периферического кровообращения и уровня артериального давления вводят следующие препараты:

при повышении артериального давления – *папаверин, пентамин* – 5% раствор детям до 6 месяцев – 2 мг, до 1 года – 2 мг, 1–4 лет – 1,5–2 мг, 5–6 лет – 1–1,5 мг, 7–9 лет – 1 мг, 10–14 лет – 0,50–0,75 мг на 1 кг массы тела (разовая доза), *дроцеридол*, при низком артериальном давлении – *допамин* в дозе от 0,3 до 2,5 мг/кг, в среднем 9,3 мг/кг в течение 4–48 часов, 1% раствор *мезатона* внутривенно медленно – 0,1–1 мл в 20–30 мл 10–20% раствора *глюкозы*.

При одышечно-цианотических приступах у детей с синими врожденными пороками сердца показано введение

подкожно *кордиамина, промедола*; внутрь *оозидан* или *индервал* в дозе 1 мг/кг в сутки; внутривенно вводят 4% раствор *гидрокарбоната натрия*, 5%

раствор глюкозы, седативные препараты (*седуксен*). Следует наладить постоянную ингаляцию кислорода.

При асистолии производят дыхание рот в рот, непрямой массаж сердца, внутривенно или лучше внутрисердечно вводят

1% раствор кальция хлорида (0,3–0,5 мл на 1 год жизни), 10% раствор адреналина гидрохлорида и 0,1% раствор атропина сульфата в 10 мл 10% глюкозы по 0,05 мл на 1 год жизни ребенка.

Следует иметь в виду, что недифференцированное применение пресорных аминов (*допамин*, *норадреналин*) не только не показано, но и может оказаться потенциально опасным, например, у пациентов с острым коронарным синдромом, нарушениями ритма или синдромом мозгового обкрадывания.

Вопрос о необходимости госпитализации решается как на основе стратификации риска внезапной смерти, так и после оценки возможности проведения обследования и лечения в амбулаторных условиях. Как правило, пациенты с вазовагальными обмороками, без изменений на ЭКГ, без заболевания сердца в анамнезе и без семейного анамнеза внезапной смерти могут быть оставлены дома.

Госпитализации с целью лечения подлежат пациенты:

- с нарушениями ритма и проводимости, приведшими к развитию синкопе;
- с синкопе, вероятно вызванным ишемией миокарда;
- с вторичными синкопальными состояниями при заболеваниях сердца и легких;
- с наличием острой неврологической симптоматики;
- с нарушениями в работе постоянного пейсмейкера.

Глюкокортикоиды применяются только при первичном или вторичном аддисонизме, либо в случае подозрения на анафилактикоидный генез нарушения сознания.

Прогноз в отношении жизни благоприятный. В то же время редко удается существенно уменьшить частоту обмороков вагосазального характера, так как их развитие связано с конституциональной склонностью к парасимпатическим (вагусным) реакциям.

КОЛЛАПС

Общепринятого определения коллапса не выработано. Наибольшие разногласия существуют по вопросу о том, следует ли считать коллапс и шок самостоятельными состояниями или рассматривать их лишь как разные этапы одного и того же патологического процесса, т. е. считать ли «шок» и «коллапс» синонимами.

Коллапс по патомеханизму – остро развивающаяся сосудистая недостаточность, характеризующаяся в первую очередь падением сосудистого тонуса, а также острым уменьшением объема циркулирующей крови. При этом происходит уменьшение притока венозной крови к сердцу, снижение сердечного выброса, падение артериального и венозного давления, нарушаются перфузия тканей и обмен веществ, возникает гипоксия головного мозга, угнетаются жизненно важные функции организма.

Клиническая картина при коллапсах различного происхождения в основном сходна. Состояние развивается чаще остро, внезапно. При всех формах коллапса сознание больного сохранено, но он безучастен к окружающему, нередко жалуется на чувство тоски и угнетенности, на головокружение, ослабление зрения, шум в ушах, жажду. Кожные покровы бледнеют, слизистая оболочка губ, кончик носа, пальцы рук и ног приобретают циановый оттенок. Тургор тканей снижается, кожа может становиться мраморной, лицо – землистого цвета, покрывается холодным липким потом, язык сухой. Температура тела часто понижена, больные жалуются на холод и зябкость. Дыхание поверхностное, учащенное, реже замедленное. Несмотря на одышку, больные не испытывают удушья. Пульс малый, мягкий, учащенный, реже замедленный слабого наполнения, часто неправильный, на лучевых артериях иногда определяется с трудом или отсутствует. Артериальное давление понижено, иногда систолическое артериальное давление понижается до 70–60 мм рт. столба и даже ниже, однако в начальном периоде коллапса у лиц с предшествующей гипертензией артериальное давление может сохраняться на уровне, близком к норме. Диастолическое давление также снижается. Поверхностные вены спадаются, понижаются скорость кровотока, периферическое и центральное венозное давление. При наличии сердечной недостаточности по правожелудочковому типу центральное венозное давление может сохраняться на нормальном уровне или снижаться незначительно; объем циркулирующей крови уменьшается. Со стороны сердца отмечается глухость тонов, аритмия (экстрасистолия, мерцание предсердий и др.), эмбриокардия.

Для коллапса у детей характерно внезапное резкое ухудшение общего состояния, ребенок бледнеет, выступает холодный пот, кожа приобретает мраморный рисунок, появляется цианоз губ, температура тела снижается, сознание сопорозное, реже отсутствует, дыхание учащенное, поверхностное, тахикардия, тоны сердца громкие, хлопающие.

Важным патофизиологическим звеном развития коллапса является вызванная различными причинами потеря тонуса прекапиллярных сфинктеров. Ослабление их чувствительности к вазопрессорным веществам развивается на фоне сохранения тонуса посткапиллярных

сфинктеров, более устойчивых к ацидозу. В условиях повышенной проницаемости капилляров это способствует переходу воды и электролитов из крови в межклеточное пространство. Нарушаются реологические свойства крови, возникают условия для гиперкоагуляции и патологической агрегации эритроцитов и тромбоцитов, образования микротромбов.

В развитии коллапса всегда принимают участие и рефлекторные механизмы.

При затяжном, торпидном течении коллапса в результате гипоксии и нарушений тканевого обмена высвобождаются вазоактивные вещества, при этом преобладают вазодилататоры – ацетилхолин, гистамин, кинины, простагландины и другие производные полиненасыщенных жирных кислот линолевой и линоленовой серий, образуются тканевые метаболиты – молочная кислота, аденозин и его производные, аденозинфосфорные кислоты, оказывающие гипотензивное действие. Гистамин и гистаминоподобные вещества, молочная кислота усиливают сосудистую проницаемость. Роль кининов и простагландинов в патогенезе коллапса не до конца ясна. Высокая активность кининов в плазме отмечается при необратимом геморрагическом коллапсе и у больных с ортостатическим коллапсом. Прогрессирующие изменения, связанные с гипоксией, неизбежно ведут к нарушению функции головного мозга, углублению регуляторных и гемодинамических расстройств.

Это состояние может развиться в силу самых различных причин, на фоне любой инфекции (вирусной, бактериальной), интоксикации (особенно в сочетании с обезвоживанием), при гипо- и гипергликемических состояниях, надпочечниковой недостаточности, пневмонии, отравлениях в терминальной стадии любого заболевания и др.

Причины развития коллапса могут быть и простые. При пребывании и особенно физической деятельности в условиях пониженного содержания кислорода во вдыхаемом воздухе развивается гипоксический коллапс. Любые состояния организма, в том числе патологического характера, сопровождающиеся снижением утилизации кислорода из вдыхаемого воздуха и передачи его в ткани, будут способствовать развитию и будут усугублять течение данного состояния. При сочетании пониженного напряжения кислорода во вдыхаемом воздухе с пониженным барометрическим давлением оно развивается легче. Непосредственной причиной циркуляторных нарушений при этом является недостаточность приспособительных реакций организма к гипоксии, действующей прямо или косвенно, через рецепторный аппарат сердечно-сосудистой системы, на вазомоторные центры. Способствовать развитию коллапса и усугубить его в этих условиях может и гипокания, развивающаяся на фоне компенсаторной гипервентиляции, кото-

рая приводит к расширению капилляров и сосудов, а соответственно и к депонированию и уменьшению объема циркулирующей крови.

Ортостатический коллапс, возникающий при быстром переходе из горизонтального положения в вертикальное, а также при длительном стоянии, обусловлен перераспределением крови с увеличением общего объема венозного русла и снижением притока к сердцу; в основе этого состояния лежит недостаточность венозного тонуса, причины тому могут быть самые разные. Ортостатический коллапс может наблюдаться у реконвалесцентов после тяжелых заболеваний и длительного постельного режима, при некоторых заболеваниях эндокринной и нервной системы серингомиелия, энцефалит, опухоли желез внутренней секреции, нервной системы и др.), в послеоперационном периоде, при быстрой эвакуации асцитической жидкости или в результате спинномозговой или перидуральной анестезии. Ятрогенный ортостатический коллапс иногда возникает при неправильном применении нейролептиков, ганглиоблокаторов, адrenoблокаторов, симпатолитиков и др.

У летчиков и космонавтов это состояние может быть обусловлено перераспределением крови, связанным с действием сил ускорения, при этом кровь из сосудов верхней части туловища и головы перемещается в сосуды органов брюшной полости и нижних конечностей, вызывая гипоксию мозга, что и потребовало для полетов с высокими перегрузками создания специального высотного-компрессионного костюма.

Ортостатический коллапс довольно часто наблюдается у практически здоровых детей, подростков и юношей.

В пубертатном периоде, особенно у девочек, может возникнуть ортостатический и эмоциональный коллапс. Эти два – основные причины коллапса у детей и подростков: сильные эмоциональные волнения (эмоциональный коллапс) и длительное неподвижное стояние или слишком быстрый переход из горизонтального в вертикальное положение (ортостатический коллапс). Данные формы коллапса у детей, особенно в подростковом возрасте, наблюдаются чаще, чем у взрослых, что объясняется недостаточным развитием регуляторных и компенсаторных механизмов сердечно-сосудистой системы, в первую очередь периферических сосудов. Ортостатический и эмоциональный коллапсы нередко наблюдаются и в юношеском возрасте, обусловлено это диспропорцией роста, относительной незрелостью и несовершенством нервной и гормональной регуляции сосудистых реакций.

Эмоциональные переживания, сопутствующие уколу, могут вызвать у детей коллаптоидное состояние, но следует помнить, что содержимое инъекции у предрасположенных к тому индивидуумов может явиться причиной шока. Для определения возможного развития таких реакций следует ориентироваться на анамнез пациента и клинические проявле-

ния вегетативных реакций: потливость, частоту пульса, его наполнение, глубину дыхания, цвет кожи лица, окраску носогубного треугольника. Необходимо следить за индивидуальными особенностями эмоциональной реакции каждого ребенка. Особенно большого внимания требуют дети в возрасте 6–8 и 12–14 лет. Несмотря на «героизм» и полное вроде бы спокойствие ребенка, в этом возрасте (еще до укола) часто появляются тошнота, слабость, потеря сознания. Эти реакции связаны со значительными опять же гормональными и функциональными перестройками перед и после укола.

Если гипоксический, ортостатический или эмоциональный коллапс возникают и без существенных патологических отклонений, то в целом ряде случаев они сопутствуют различным патологическим состояниям (обезвоживание, голодание, скрытая или явная кровопотеря, «секвестрация» жидкости в кишечнике, плевральной или брюшной полостях) и в детском возрасте развиваются острее и протекают тяжелее, чем у взрослых. При токсикозах и инфекционных болезнях, сопровождающихся высокой температурой, рвотой, поносом, коллапс у детей развивается легче и случается чаще, чем у взрослых. Подобное объясняют тем, что у маленьких детей на единицу поверхности тела приходится в 3 раза меньше воды, чем у взрослых, поэтому и потеря жидкости у них происходит быстрее, что и сопровождается выраженными клиническими проявлениями обезвоживания организма. Снижение артериального давления и нарушение кровотока в головном мозге протекают с более глубокой тканевой гипоксией, сопровождаются относительно быстро развивающимися потерей сознания и судорогами.

Щелочной резерв в организме детей раннего возраста ограничен, соответственно, нарушение окислительных процессов во время коллапса легко приводит к декомпенсированному ацидозу. Недостаточная концентрационная и фильтрационная способность почек и быстрое накопление продуктов метаболизма – затрудняют терапию коллапса и задерживают восстановление нормальных сосудистых реакций.

В связи с тем, что невозможно выяснить ощущения больного, а систолическое АД у детей даже в нормальных условиях может не превышать 80 мм рт. ст. – диагностика коллапса у маленьких детей затруднена. Комплексом симптомов, наиболее характерным для коллапса у ребенка, можно считать: ослабление звучности тонов сердца, снижение пульсовых волн при измерении артериального давления, общая адинамия, слабость, бледность или пятнистость кожного покрова, нарастающая тахикардия.

Коллапс может развиваться при заболеваниях сердца, сопровождающихся резким и быстрым уменьшением ударного объема (инфаркт миокарда, нарушения сердечного ритма, острый миокардит, гемопери-

кард или перикардит с быстрым накоплением выпота в полости перикарда), а также при тромбозах легочных артерий. Все же острая сердечно-сосудистая недостаточность, развивающаяся при этих состояниях, некоторыми авторами описывается не как коллапс, а как так называемый синдром малого выброса, проявления которого особенно характерны для кардиогенного шока.

Одной из частых форм является геморрагический коллапс, развивающийся при острой массивной кровопотере, причиной чему может быть травма, ранение сосудов, внутреннее кровотечение вследствие разрыва органов, аневризмы сосуда, эрозии сосуда в области язвы желудка и др. В основе патогенеза – быстрое уменьшение объема циркулирующей крови. Аналогичная ситуация может возникнуть вследствие обильной плазмопотери при ожоге, водно-электролитных расстройствах при тяжелой диарее, неукротимых рвотах, нерациональном применении мочегонных средств.

При разрыве аневризмы аорты, как правило, развивается тяжелое коллаптоидное состояние, сопровождающееся снижением артериального давления, бледностью кожных покровов, холодным потом. При этом при прорыве аневризмы аорты в органы желудочно-кишечного тракта нередко наблюдаются рвота кровью и дегтеобразный стул. При осмотре у большинства больных определяется вздутие живота. Если прорыв аневризмы аорты произошел в забрюшинное пространство, живот чаще мягкий, при прорыве ее в свободную брюшную полость появляется защитное напряжение мышц передней брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины. Во многих случаях в брюшной полости удается пальпировать болезненное пульсирующее образование, над которым выслушивается систолический шум. Прорыв аневризмы в нижнюю полую вену всегда сопровождается быстро нарастающей сердечной недостаточностью по правожелудочковому типу. В подобных случаях над пальпируемым образованием часто определяется систолическое дрожание (по типу «кошачьего мурлыканья»).

Лечение – хирургическое. Выполняют резекцию аневризмы брюшной аорты с последующим ее протезированием. При больших аневризмах аорты стенки аневризматического мешка бывают интимно спаяны с окружающими тканями, в связи с чем его удаление сопряжено с опасностью повреждения крупных вен (нижняя полая, подвздошные), кишечника, мочеточника. В этих случаях объем операции сводится к вскрытию аневризматического мешка, удалению из него тромботических масс и протезированию аорты.

Аневризмы периферических артерий бывают нетравматическими и травматическими. По статистике, наиболее частыми причинами нетравматических аневризм являются атеросклероз и сифилис. Травма-

тические аневризмы, которые называют также ложными, образуются после огнестрельных и колотых ранении, реже вследствие тупой травмы. Их развитие возможно при узком раневом канале, небольшой зоне поражения мягких тканей, прикрытии раневого отверстия кожей или мягкими тканями. В этих условиях изливающаяся из стенки поврежденного сосуда кровь скапливается в окружающих тканях, расслаивая их, и возникает периапериартериальная пульсирующая гематома.

Инфекционный коллапс развивается чаще во время критического снижения температуры тела; это происходит в разные сроки, например при сыпном тифе обычно на 12–14-й день болезни, особенно во время скачкообразного снижения температуры (на 2–4 °С), чаще в утренние часы. Развивается выраженная слабость, больной лежит неподвижно, апатичен, на вопросы отвечает медленно, тихо, жалуется на озноб, жажду. Лицо становится бледно-землисто-оттенка, губы синюшные; черты лица заостряются, глаза западают, зрачки расширены, конечности холодные, мышцы расслаблены. После резкого снижения температуры тела лоб, виски, а то и все тело покрыто холодным липким потом. Температура тела при измерении в подмышечной ямке может снижаться до 35 °С, возрастает градиент ректальной и кожной температуры. Пульс частый, слабый, артериальное давление и диурез снижены.

Течение инфекционного коллапса отягощается обезвоживанием организма, гипоксией, которая осложняется легочной гипертензией, декомпенсированным метаболическим ацидозом, дыхательным алкалозом и гипокалиемией. При потере большого количества воды с рвотными массами и дефекацией, сопутствующих пищевым токсикоинфекциям, сальмонеллезам, острой дизентерии, холере, — уменьшается объем внеклеточной, в том числе интерстициальной, и внутрисосудистой жидкостей. Кровь сгущается, повышается ее вязкость, плотность, индекс гематокрита, содержание общего белка плазмы. Объем циркулирующей крови резко уменьшается. Снижается венозный приток и сердечный выброс. По данным биомикроскопии конъюнктивы глаза, уменьшается количество функционирующих капилляров, возникают артериолевенулярные анастомозы, маятниковобразный кровоток и стаз в венулах и капиллярах с диаметром меньше 25 мкм с признаками агрегации форменных элементов крови. Соотношение диаметров артериол и венул составляет 1:5 (норма 1:2¹/₂). При инфекционных заболеваниях коллапс длится от нескольких минут до 6–8 часов (чаще — 2–3 часа).

При генерализованной менингококковой, пневмококковой и другой инфекции и развитии на 2–8-е сутки миокардита или аллергического миоперикардита снижается нагнетательная функция сердца, уменьшается наполнение артерий и приток крови к тканям. В патогенезе ин-

фекционного коллапса повышение проницаемости стенок сосудов с выходом из них жидкости и электролитов, уменьшение объема циркулирующей крови, а также значительное обезвоживание в результате обильного потоотделения играют особенно важную роль. Резкий подъем температуры тела обуславливает возбуждение, а затем торможение дыхательного и вазомоторного центров.

В зависимости от основного заболевания, вызвавшего коллапс, клиническая картина может приобретать некоторые специфические особенности. Так, например, при коллапсе, наступающем в результате кровопотери, вместо угнетения нервно-психической сферы вначале нередко наблюдается возбуждение, часто резко снижается потоотделение. Явления коллапса при токсических поражениях, перитоните, остром панкреатите чаще всего сочетаются с признаками общей тяжелой интоксикации. Для ортостатического коллапса характерны внезапность (часто на фоне хорошего самочувствия) и относительно легкое течение; причем для купирования ортостатического коллапса, особенно у подростков и юношей, обычно бывает достаточно обеспечить покой (в строго горизонтальном положении больного), согревание и вдыхание нашатырного спирта.

Медикаментозных назначений терапия ортостатического и эмоционального коллапса, как правило, не требует, как уже отмечалось – достаточно положить больного горизонтально без подушки и поднять ноги выше уровня сердца, расстегнуть одежду. Благоприятное действие оказывает свежий воздух, вдыхание паров нашатырного спирта. Внутримышечное или внутривенное введение сосудистых analeптиков (кофеина, эфедрина) показано лишь при глубоком и стойком коллапсе со снижением систолического артериального давления ниже 70 мм рт. столба.

Неотложная помощь. Необходимо срочно уложить ребенка в горизонтальное положение на спине со слегка согнутой в дорсальном направлении головой, освободить от одежды, обеспечить приток свежего воздуха, обложить теплыми (но не горячими!) грелками. Показан легкий массаж живота. Конечности следует растереть разведенным этиловым или камфорным спиртом.

Вводят 0,1% раствор *адrenalина* подкожно от 0,2 до 1 мл, 5% раствор *эфедрина гидрохлорида* – 0,2–0,5 мл. Возможно применение 0,1% раствора *норадреналина*, 1 мл которого разводят в 250 мл 5% раствора *глюкозы* и вводят внутривенно капельно со скоростью 50–60 капель в 1 минуту, под контролем артериального давления. *Мезатон* – 1% раствор вводят подкожно в дозе от 0,3 до 1 мл в зависимости от возраста. В случаях с уменьшением объема циркулирующей крови показана трансфузия плазмозамещающей жидкости (*реополиглюкин*, *изотонический раствор хлорида натрия*) в среднем до 20 мл/кг в течение 24 ч, *преднизолон* – 1–2 мг/кг в

сутки внутривенно или внутримышечно. Метаболический ацидоз устраняют введением 4% раствора *гидрокарбоната натрия*.

После оказания первой помощи – госпитализация в отделение реанимации и интенсивной терапии.

ШОК

Состояние неожиданного прогрессирующего ухудшения общего состояния ребенка с нарушением функций ЦНС и системы кровообращения. Различают: шок от кровопотери, шок от плазмопотери – ожоговый, шок аллергический, шок инфекционно-токсический.

Основными клиническими критериями тяжести шока являются: психическое состояние, уровень систолического и пульсового давления, частота и наполнение пульса, температура тела, окраска кожных покровов и слизистых оболочек, ритм мочеотделения.

Геморрагический шок развивается при потере 1/4–1/3 объема циркулирующей крови. При этом у ребенка возникают беспокойство, бледность, снижается количество выделяемой мочи, учащается ритм сердечных сокращений, снижается пульсовое давление. При потере 50% циркулирующей крови нарастает тахикардия, артериальное давление падает, отмечаются резкая бледность, анурия, ступор. Увеличение гематокрита свидетельствует о сгущении крови вследствие потери плазмы

Неотложная помощь: необходима срочная остановка кровотечения (жгут, лигатуры, тампонада, кровоостанавливающие зажимы). Восстановление кровопотери (переливание крови, альбумина, полиглюкина и др.). Для улучшения микроциркуляции вводят

реополиглюкин (1/4 объема переливаемой жидкости), *гидрокортизон* (5 мг/кг), *аскорбиновую кислоту* (1–4 мл 5% раствора). Показано введение 4% раствора *гидрокарбоната натрия*, *глюкозы с инсулином*, витаминов группы В. При травмах обезболивают участки повреждения местно или наркотом, введением глюкозо-новокаиновой смеси (5% раствор *глюкозы* и 0,25% раствор *новокаина*). Показана экстренная госпитализация в отделение реанимации.

Ожоговый шок возникает при любом ожоге с поражением более 5% поверхности тела; шок обусловлен нарушением микроциркуляции и водного баланса. Проводится экстренная госпитализация в отделение реанимации. Неотложная помощь сводится к немедленной инфузии полиглюкина или изотонического раствора хлорида натрия. Расчет вводимой жидкости производят по формуле:

на единицу поверхности тела за сутки вливают 1500 мл жидкости (солевые и коллоидные растворы суммарно). Количество коллоидных растворов (кровь, плазма), вычисляют по формуле:

(1,5 мл раствора) \times (% ожоговой поверхности) \times (масса тела, кг).

Половину суточной дозы жидкости вводят в первые 8 часов, а затем остальные, следует учитывать гематокрит, диурез.

Эффективным мочеотделением считается тогда, когда ребенок в возрасте до 1 года выделяет мочи 10–25 мл/ч, а дети старшего возраста 20–30 мл/ч.

Все манипуляции производят под наркозом. Для улучшения микроциркуляции вводят *реополиглюкин*, *глюкокортикоиды* (*гидрокортизон* – в суточной дозе 5 мг/кг, *преднизолон* – 1–2 мг/кг).

Для снятия психического напряжения и обезболивания назначают *дроперидол* (0,05–0,8 мг/кг, не более 15 мг на введение не более 1 раза в сутки, ампулы по 10 мл 0,25% раствора по 2,5 мг в 1 мл), *седуксен* (0,3–0,5 мг/кг, не более 10 мг на введение), *промедол* (0,1 мл 1% раствора на 1 год жизни, не более 1–1,5 мл).

Анафилактический шок развивается у сенсibilизированных индивидумов при введении разрешающей дозы аллергена (чаще возникает при прививках, введении антибиотиков и других лекарственных препаратов, укусах насекомых, проведении кожных диагностических тестов). Характерны общее беспокойство, кожный зуд, боль в области сердца, одышка, гиперемия лица, жар, затем гиперемия сменяется бледностью, акроцианозом, на коже появляются элементы крапивницы, отеки губ, век, лица, непроизвольная дефекация и мочеиспускание, эпилептиформные судороги, резко падает артериальное давление.

Неотложная помощь заключается в прекращении дальнейшего поступления аллергена в кровоток, при укусе насекомых или инъекции – следует наложить жгут проксимальнее места поступления аллергена.

В место инъекции или укуса немедленно ввести 0,2–0,5 мл 0,1% раствора *адреналина*, такую же дозу – внутривенно с 10–20% раствором *глюкозы*. Необходимо капельное введение жидкостей: 1 мл 0,1% раствора *адреналина* разводят в 250 мл 5% *глюкозы* и вводят со скоростью 50–60 капель в 1 минуту под контролем артериального давления.

Показано введение *кордиамина*, *кофеина* подкожно, при выраженном бронхоспазме – *эуфиллин* (2,4% раствор внутривенно с 10–20 мл 5–10% раствора *глюкозы* из расчета 0,1 мл на 1 год жизни, но не более 10 мл). Из антигистаминных препаратов вводят внутривенно медленно 2% раствор *супрастина*, 0,25–1 мл 2,5% раствора *типольфена*. Внутривенно вводят глюкокортикоиды: *преднизолон* – 1–3 мг/кг в сутки, сразу можно ввести половину суточной дозы.

При появлении стридорозного дыхания показана интубация трахеи и трахеостомия.

КОМА

Слово «кома» – греческого происхождения и в переводе обозначает глубокий сон. Определений коме в литературе дается много – с той или иной степенью подробности расшифровки клинического и патогенетического наполнения термина. Большая медицинская энциклопедия дает определение этого состояния, как наиболее значительной степени патологического торможения центральной нервной системы, характеризующегося глубокой потерей сознания, отсутствием рефлексов на внешние раздражения и расстройством регуляции жизненно важных функций организма. Кома интересует нас именно как состояние, характеризующееся глубокой потерей сознания, но при этом следует обратить внимание, что для этого состояния характерно еще и угасание рефлексов (включая такие жизненно важные, как дыхательный) вплоть до их утраты, в связи с чем кома представляет угрозу жизни и всегда требуют немедленной госпитализации.

По данным Национального научно-практического общества скорой медицинской помощи по г. Москве, на догоспитальном этапе частота ком составляет 5,8 на 1000 вызовов. Догоспитальная летальность при них достигает 4,4%. Наиболее частая причина комы – инсульт – 57,2%, на 2-м месте передозировка наркотиков – 14,5%, за ними следуют гипогликемическая кома – 5,7%, черепно-мозговая травма – 3,1%, диабетическая кома и отравления лекарствами – по 2,5%, алкогольная кома – 1,3%; реже диагностируется кома вследствие отравления различными ядами – 0,6%. Однако в 11,9% случаев причина комы на догоспитальном этапе оказывалась не только невыясненной, но даже незаподозренной.

Угасание рефлексов является основным дифференциально-диагностическим признаком комы среди остальных состояний, протекающих с той или иной степенью помрачения сознания. Кроме того, отличительной особенностью от коллаптоидных состояний является гораздо большая продолжительность потери сознания.

Кома и коматозное состояние считаются синонимами, однако за вторым термином совершенно определено просматривается временной контекст, подразумевающий некое развитие.

Степень выключения сознания имеет различную, меняющуюся во времени степень, нарастающую от омнибуляции (затуманивание) через сомнолентность (сонливость) и сопор (беспамятство) – до комы, как наиболее глубокой степени церебральной недостаточности. Первые 3 этапа относят к прекоме. Учитывая тяжесть состояния, сопутствующего коме, и высокую вероятность серьезных для организма больного последствий вплоть до летального исхода в случае затягивания начала

адекватной помощи чрезвычайно важно диагностировать состояние именно ранних этапах. Формально же, патогенетически обоснованных и четко очерченных клинических разграничений 4-х степеней оглушения не существует.

Классификация ком традиционно идет от названия причин, их вызвавших, что рационально и с точки зрения этиотропной терапии. Всего этих причин около тридцати. В литературе причины ком подразделяются на 4 группы:

- внутричерепные процессы (сосудистые, воспалительные, объемные и др.);
- гипоксические состояния в результате соматической патологии (респираторная гипоксия при поражении системы дыхания, циркуляторная при нарушениях кровообращения, гемическая при патологии гемоглобина), нарушение тканевого дыхания (тканевая гипоксия), падение напряжения кислорода во вдыхаемом воздухе (гипоксическая гипоксия);
- нарушения обмена веществ (в первую очередь, эндокринного генеза);
- интоксикации (как экзо-, так и эндогенные).

При анализе групп причин их можно объединить в две – последствия физических (механических, термических) воздействий и токсико-химических (экзо- и эндогенных).

Как уже указывалось, во многих случаях (до 11,9%) на догоспитальном этапе установить точную причину развития коматозного состояния не представляется возможным.

Непосредственный патомеханизм церебральной недостаточности состоит в нарушении генерации, распространения и передачи нервного импульса в клетках головного мозга вследствие депрессии тканевого дыхания, обмена веществ и энергии. Гипоксия тканей развивается при любой коме на том или ином ее этапе, степень тяжести может варьировать. Нарушения кислотно-щелочного состояния чаще всего носят характер метаболического ацидоза. При первичном поражении дыхательной системы развивается респираторный ацидоз. Реже (как при упорной рвоте) коме сопутствует метаболический алкалоз; к респираторному алкалозу приводит гипервентиляция. Среди электролитных нарушений пристального внимания заслуживают прежде всего изменения концентрации калия (как гипо-, так и гиперкалиемия) и гипонатриемия, нарастание последней патогномично развитию отека мозга. Нарушения метаболизма оказывают цитотоксическое действие. В процессе развития комы нарастают нарушения дыхания, а в последующем – и кровообращения.

Кома может возникнуть внезапно среди относительного благополучия, такое развитие характерно для комы при инсульте, гипогликемической комы. В большинстве же случаев коматозное состояние развивается как осложнение течения болезни, постепенно (при диабетической, уремической, печеночной комах и многих других коматозных состояниях), что также является важным дифференциально-диагностическим признаком, и первоначальная клиника будет определяться прежде всего этим заболеванием. В таких случаях глубокой потере сознания предшествует стадия прекомы: на фоне нарастающего обострения симптомов основного заболевания появляются признаки поражения центральной нервной системы в виде оглушенности, вялости, безразличия, спутанности сознания с периодическими его прояснениями. Однако в этот период больные сохраняют способность реагировать на сильные раздражения, с опозданием, односложно, но все же отвечают на громко заданный вопрос, у них сохраняются зрачковые, роговичный и глотательный рефлексы. Знание симптомов прекоматозного состояния чрезвычайно важно, так как своевременное оказание помощи в этот период болезни предупреждает развитие комы и предотвращает летальный исход.

Порой диагноз можно поставить уже на расстоянии, при этом важное диагностическое значение имеет наличие запаха в выдыхаемом больным воздухе. Запах аммиака – при уремической коме, ацетона – при диабетической коме, так называемый печеночный запах или запах сырого мяса – при печеночной, запах пахучих токсических веществ при отравлении ими.

Имеются отличительные особенности состояния кожных покровов при комах разной этиологии – так, при уремии, тромбозе мозговых сосудов, малокровии – кожа бледная. При алкогольной коме, кровоизлиянии в мозг обычно развивается гиперемия лица. Характерным признаком отравления угарным газом является розовый цвет кожных покровов. Желтушность кожи наблюдается обычно при печеночной коме. Влажность кожи больного в коме также может оказаться существенной подсказкой. Для гипогликемической комы характерна влажная, покрытая потом кожа. Диабетической коме всегда сопутствует сухая кожа. Следы старых расчесов на коже отмечают у больных диабетической, печеночной и уремической комой. Обнаружение свежих фурункулов, а также кожных рубцов от старых, позволяют предположить у пациента сахарный диабет.

Определенной подсказкой может оказаться наличие изменения тургора кожи. Так, его значительное снижение сопутствует некоторым заболеваниям, сопровождающимся обезвоживанием организма. Особен-

но этот признак выражен при диабетической коме. Помимо этого, для данного состояния характерно снижение и тургора глазных яблок, что делает их мягкими и хорошо определяется пальпаторно.

У больных при уремической и печеночной комах могут выявляться выраженные отеки подкожной клетчатки. В случае печеночной комы отеки сочетаются с асцитом.

Состояние слизистых оболочек при комах разной этиологии также может оказаться существенной подсказкой в определении причины их развития. При осмотре следует обратить внимание на окраску слизистых, степень влажности. Для печеночной комы и анемий характерна желтушность склер. Выявление свежих прикусов и рубцов от старых прикусов при осмотре языка должно навести на мысль об эпилепсии. Необычайная сухость языка характерна для уремической комы.

Коматозному состоянию сопутствует нарушение ритма дыхания. Выраженное шумное дыхание Куссмауля нередко наблюдается при диабетической и печеночной комах. Для мозговой комы характерно храпящее дыхание. Нередко отмечается дыхание Чейна–Стокса (постепенное усиление, а затем ослабление глубины дыхательных движений вплоть до паузы – период апноэ).

При исследовании пульса и артериального давления при эклампсии, в начальных стадиях мозговой комы выявляется брадикардия с напряжением пульса и высоким артериальным давлением. У больных с уремической комой обычно выявляется артериальная гипертензия с высокими показателями. Низкое артериальное давление и тахикардия определяются при диабетической коме.

Наличие грубой неврологической симптоматики в виде гемиплегии или гемипареза свидетельствует, что причиной комы является либо ей сопутствует острое нарушение мозгового кровообращения.

Лечение. Кома служит абсолютным показанием для госпитализации, отказ от которой возможен лишь при диагностике агонального состояния.

Первая помощь. До прихода врача больного необходимо уложить, освободить от стесняющей одежды, обеспечить ему доступ свежего воздуха и организовать наблюдение. При судорогах следует удерживать голову и конечности для предохранения от ушибов. При рвоте – голову больного повернуть набок и полотенцем обтирать рот и нос, удаляя рвотные массы. Когда больной придет в сознание, его необходимо осторожно, но настойчиво поить водой (лучше минеральной, типа боржоми) или слабым (0,5%) раствором питьевой соды.

Если у больного диабетом после введения ему большой дозы инсулина развилось гипогликемическое состояние, в первую очередь

необходимо дать ему сахар (стакан очень сладкого чая, кофе, воды или лимонада). Легкая гипогликемия устраняется, если съесть бул-ку, фрукты.

При отравлении пострадавшему следует оказать первую помощь, предусмотренную в этих случаях в зависимости от вида токсина, яда пути его поступления.

При апоплексической коме (развивается при инсульте), а также при травматической, термической, помимо приведенного выше, – положить на голову пузырь со льдом или холодной водой.

При панкреатической коме – пузырь со льдом или холодной водой на живот.

Эклампсическая кома (бывает у беременных женщин при токсикозе и у больных острым диффузным гломерулонефритом) – помимо приведенных ранее рекомендаций, следует ограничить прием жидкости.

Дальнейшее лечение предусматривает госпитализацию в профильное основное фоновому заболеванию или причине комы отделение – в реанимацию или в палату интенсивной терапии и оказание неотложной специализированной помощи в зависимости от ведущих нарушений. В машине скорой помощи ведется поддержание жизненно важных функций, согласно нормативам и исходя из оснащения бригады.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО

Все большее внимание специалистов – психиатров, терапевтов, педиатров, психотерапевтов, психологов, социальных работников, педагогов – стали привлекать состояния, возникающие у людей – военнослужащих и мирного населения – оказавшихся в районах боевых действий, переживших природные катастрофы, подвергшихся физическому, психологическому и сексуальному насилию, пыткам и другим, так называемым стрессовым событиям.

Анализ накопленного в течение многих лет огромного клинического опыта по психическим расстройствам после выраженного стрессового воздействия позволил установить, что у пострадавших отмечается ряд общих и повторяющихся симптомов с выраженной очерченностью и специфическими чертами. Учитывая то, что ни одной из принятых нозологических форм эти расстройства не соответствовали, было принято их выделение в качестве самостоятельного синдрома под названием «посттравматическое стрессовое расстройство». Это одно из наиболее распространенных психопатологических последствий эмоциональной травмы.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – возникает как отставленная и(или) затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию (кратковременную или продолжительную) – такую, как природная или техногенная катастрофа, боевые действия, утрата близких, изнасилование и т.д. – ситуацию исключительно угрожающего или катастрофического характера, которая, в принципе, способна вызвать общее потрясение (психическое расстройство) почти у любого человека с повторно вторгающимся в сознание представлениями, отражающими экстремальные события, острыми драматическими вспышками паники или дисфории на фоне хронического чувства оцепенелости, эмоциональной отчужденности, избегания деятельности и ситуаций, напоминающих о травме. Латентный период может составлять от нескольких недель до нескольких месяцев (но редко превышает 6 месяцев). Развивается у детей практически любого возраста.

Длительные наблюдения показывают, что ПТСР является хроническим психическим заболеванием, которое у ряда людей может продолжаться в течение всей жизни.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Существуют следующие виды классификаций ПТСР:

- Всемирной организации здравоохранения – Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте;
- Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ 10-го пересмотра (ICD-10);
- Американской психиатрической ассоциации – Классификационный психиатрический стандарт DSM-IV-M (APA).

До недавнего времени диагноз ПТСР как самостоятельная нозологическая форма в группе тревожных расстройств существовал только в США. Это понятие появилось в DSM-III в 1980 году, но лишь в 1987 в DSM-IV были отражены некоторые клинические особенности ПТСР в детском и подростковом возрасте.

В 1995 году это расстройство и его диагностические критерии из DSM были введены в десятую редакцию Международного классификатора болезней МКБ-10, основного диагностического стандарта в европейских странах, включая Россию.

МКБ-10:

F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство.

Данный диагноз входит в ось I, пятую главу (F), раздел: «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства»; диагностическая группа:

F43 Реакция на тяжелый стресс и расстройства адаптации.

К этой диагностической группе также относятся следующие диагностические категории:

F43.0 Острая стрессовая реакция,

F43.2 Расстройства адаптации,

F43.20 Кратковременная депрессивная реакция,

F43.21 Пролонгированная депрессивная реакция,

F43.22 Смешанная тревожно-депрессивная реакция,

F43.23 С преобладанием нарушения других эмоций,

F43.24 С преобладанием нарушений поведения,

F43.25 Со смешанными нарушениями эмоций и поведения,

F43.28 С другими уточненными преобладающими симптомами,

F43.8 Другие реакции на тяжелый стресс и

F43.9 Реакция на тяжелый стресс, неуточненная.

F62.0 Хроническое изменение личности после переживания катастрофы.

Основные проявления ПТСР в классификации МКБ-10 и DSM-IV разбиты на критерии А, В, С, D, Е, которые в свою очередь дифференцируются посимптомно, что позволяет осуществлять диагностику ПТСР как синдрома и определять наличие и удельный вес каждого из симптомов. Речь идет об избегающем поведении в целом, раздражи-

тельности, возбуждении, навязчивых представлениях и воспоминаниях, связанных с психотравмой, навязчивых мыслях о ней, а также таких клинических характеристиках выживших, как идеи самообвинения, и об их социально направленных переживаниях.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

Распространенность ПТСР среди популяции зависит от частоты травматических событий. Так, можно говорить о травмах, типичных для определенных политических режимов, географических регионов, в которых особенно часто происходят природные катастрофы и т.д.

Главным фактором риска возникновения ПТСР является интенсивность психотравмирующей ситуации, другие факторы риска – социальное положение, низкий уровень образования, психиатрические проблемы, предшествующие травматическому событию, наличие близких родственников, страдающих психиатрическими расстройствами, наличие хронического стресса.

ПТСР может проявиться в любом возрасте, чаще встречается у молодых людей, одиноких, разведенных, овдовевших или имеющих мало шансов на успех в жизни. У мужчин это обычно военная травма, у женщин – изнасилование.

Эпидемиологических исследований, посвященных ПТСР, проведено немного. Считается, что 1–3% населения переносит ПТСР на протяжении всей жизни.

Исследования показали, что распространенность ПТСР составляет от 1 до 14% после различных психических травм вследствие катастроф, природных катаклизмов, изнасилования и т.д. По другим данным ПТСР появляется приблизительно у одной пятой части лиц, переживших ситуации травматического стресса. Общие данные о распространенности ПТСР после стресса в мирное время составляют 0,5–1,2%, но в зависимости от тяжести и вида травматических ситуаций распространенность ПТСР в условиях военного времени 15–50%

По другим данным среди взрослого населения США количество людей, страдающих посттравматическим синдромом составляет 3–4%. Исследования, проведенные в Детройте (США) показали, что распространенность ПТСР составляет 9,2%. Имеются сведения, что распространенность ПТСР составляет 5% и 10% соответственно среди американских мужчин и женщин. Считают, что ПТСР развивается у 50–80% людей перенесших тяжелый стресс и находится в прямой зависимости от интенсивности и продолжительности стресса.

После автомобильных аварий он встречается в 10% случаев, после тяжелых ожогов – в 80% у детей и 30% у взрослых.

Среди детей мальчики оказываются более ранимыми по отношению к сходным стрессорам, чем девочки. Чувствительность к стрессорам у детей выше в самой младшей и самой старшей возрастной группе. Считается, что в детской популяции распространенность выше, чем у взрослых. В одном из исследований было обнаружены симптомы ПТСР у 6% детей и подростков до 18 лет.

Важно отметить, что состояние ПТСР не является статичным, симптоматика со временем (возрастом) может ослабевать, но в то же время в случае с ПТСР нельзя считать справедливым утверждение, что «время лечит».

Документирование ПТСР началось в результате тщательных исследований после войны во Вьетнаме. Психические проявления болезни, описанные у ветеранов Вьетнамской войны, привели в конце концов к концепции посттравматического стрессового расстройства. Согласно исследованиям, проведенным в 1980-х годах, после войны во Вьетнаме ПТСР развился примерно у 15% солдат, причем среди негров – у 21%, а среди солдат латиноамериканского происхождения – у 28%.

В более поздних исследованиях было показано, что 30% ветеранов Вьетнамской войны имели ПТСР и еще у 25% выявлялись его субклинические симптомы. Среди населения субклинические проявления ПТСР наблюдаются у 5–15%.

Обследование индивидов из группы риска (не только ветеранов Вьетнамской войны, пострадавших от криминального насилия или стихийного бедствия – извержение вулкана, землетрясение и др.) увеличило данные о распространенности этого заболевания с 3% до 58%. Показатели частоты возникновения ПТСР начали отчетливо возрастать: если в 80-х годах они соответствовали 1–2%, в недавних исследованиях, опубликованных в США, они составили 7,8%, причем имеются выраженные половые различия (10,4% для женщин, 5% для мужчин).

Каждый пятый американский солдат, возвратившийся из Ирака, страдает от серьезных психических расстройств, связанных с посттравматическим синдромом. При исследовании 784 солдат, вернувшихся из Ирака, у 153 были выявлены различные психические расстройства.

После первой войны в Персидском заливе от ПТСР страдали от 2 до 10% солдат.

В войне в Афганистане участвовало около 620 000 российских военнослужащих, погибло 13 800 человек, было ранено около 60 000. Примерно 100 000 ветеранов этой войны страдают от ПТСР.

Клиническая картина «афганского синдрома» несколько отличалась от таковой при классическом ПТСР, представленном в МКБ-10 и DSM-III-R. В зависимости от прогноза, течения ПТСР, преморбидного фона

и других факторов выделили 2 варианта «афганского синдрома»: стенический и астенический.

К первому варианту были отнесены личности стенического, гипертимного или паранойяльного склада, имеющие активное стремление к преодолению последствий стресса, с высокой степенью компенсации, хорошо реагирующие на терапию. Социальный прогноз при этом варианте был благоприятным (при отсутствии пристрастия к алкоголю).

Ко второму типу были отнесены личности астенического склада: психастеники, ананкасты, сенситивные шизоиды. Для них были характерны: длительная пролонгированная реакция на стресс, невысокий уровень жизненной компенсации, они с трудом поддавались терапии и их социальный прогноз был менее оптимистичен, чем в 1-й группе.

Больные по-разному реагировали на стресс, прежде всего в зависимости от преморбидных особенностей личности. Почти у всех отмечены черты психического инфантилизма различной степени выраженности, сочетавшиеся подчас с признаками раннего физического развития, ригидность психических процессов. Было характерно появление стертых аффективных расстройств (депрессивных фаз) сроком от 2–3 дней в начале заболевания до 1–2 месяцев впоследствии. Для большинства из них было характерно стремление вновь испытать себя в ситуации, связанной с риском для жизни. Если больные начинали злоупотреблять алкоголем, то как правило, алкоголизм приобретал злокачественную форму.

В другом обследовании ветеранов войны таких вариантов было 4: тревожный, дисфорический, апатический и соматоформный типы ПТСР.

Среди 334 детей из 400 выживших после кораблекрушения в гавани Афин в октябре 1988 года, у половины было диагностировано ПТСР при обследовании через год после крушения.

Среди потерпевших землетрясение в Югославии и Ташкенте – 75%, в Армении – 84%. Из 179 детей в возрасте 2–15 лет, переживших землетрясение, через 2 года ПТСР наблюдалось у 37%, причем чаще у детей младшего возраста и чаще у девочек.

При обследовании детей, пострадавших при теракте в г. Буденовке было, выделено два варианта ПТСР – фобический и астенодепрессивный.

Следует отметить, что очень часто больные ПТСР переживают вторичную травматизацию, которая может возникнуть как следствие негативных реакций других людей, работников социальной сферы, и как ни странно – медицинских работников, с которыми сталкиваются люди, перенесшие травму.

В ряде случаев вторичная травматизация может возникать в результате гиперопеки пострадавших, вокруг которых окружающие создают

«травматическую мембрану», которая отгораживает их от внешнего мира, выводя из-под влияния стрессоров обыденной жизни.

В ряде работ было показано, что сексуальное насилие над детьми (особенно в виде incesta) и жестокое обращение приводят к ПТСР. Так, при обследовании 31 ребенка, подвергшегося сексуальному насилию (в 71% случаев насильниками были отцы), у 50% было диагностировано ПТСР, у большинства таких детей отмечались субклинические проявления ПТСР. У всех обследованных детей в возрасте от двух до шести лет, подвергшихся сексуальному насилию, было диагностировано ПТСР.

В наших последних исследованиях было выявлено, что у детей с психосоматической функциональной патологией в общей группе больных – ПТСР наблюдалось почти в половине случаев, в контрольной группе – 32,9%. Разница статистически значима.

У детей подросткового периода (10–17 лет) с психосоматическими функциональными заболеваниями наличие ПТСР было выявлено в 58% случаев, у детей с аллергологической патологией – в 81%. Такой большой процент ПТСР у подростков, страдающих аллергией дыхательных путей, по-видимому, объясняется тем, что у них возникают частые приступы удушья со страхом смерти. У этих подростков к травмирующим событиям прибавляется страх умереть во время приступа.

Среди травмирующих событий следует отметить: смерть одного из родителей, смерть братьев и сестер, операционные вмешательства, госпитализацию, угрозу жизни родителей и собственной (разбойные нападения, дорожно-транспортные происшествия, тяжелые заболевания родителей, физическое насилие в семье, угроза насилия и др.), несчастные случаи (травмы, нападения животных, свидетели несчастных случаев), эмоциональные травмы (конфликты родителей, развод родителей, конфликты с учителями).

Среди общего количества обследуемых детей с посттравматическим стрессовым расстройством выделяется две группы:

1) дети, у которых ПТСР вызвано конкретным травматическим событием (смерть одного из родителей, смерть братьев или сестер, тяжелые физические травмы, несчастные случаи и т.д.),

2) дети, у которых ПТСР вызвано накопленными стрессовыми реакциями.

При изучении анамнеза обследуемых детей наблюдается тенденция повторения психической травмы (более половины детей имели более ранние психические травмы – такие, как травмы рождения, физические травмы в раннем детстве, перенесенные в раннем детстве операции, эмоциональные и физические травмы в семье, раннее отделение от родителей и др.).

Эти данные наглядно свидетельствуют о том, что незавершенная психологическая травма имеет тенденцию к возобновлению. Возможно, это объясняется тем, что при наличии незавершенного травматического переживания формируется травматический паттерн взаимодействия с окружающим миром, рассогласованность организации опыта, нарушается саморегуляция.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Как уже отмечалось, ПТСР – это синдром, который появляется по разным причинам, и эти причины обусловлены природой происшедшего события, характеристиками травмированной личности и качеством окружения, влияющего на процесс выздоровления.

Среди факторов, потенцирующих риск развития ПТСР:

1. *Психотравмы*: внезапно возникшая травма в результате агрессии и угрозы смерти (потенциального риска физического уничтожения); эмоциональная травма, сопровождаемая интенсивным напряжением; наличие психотравм в анамнезе.

2. *Социальные*: войны, революции, природные и техногенные катастрофы, терроризм, насилие и другие события или ситуации угрожающего и катастрофического характера, выходящие за рамки привычного человеческого опыта. Эти стрессовые события патогенны для всех участников событий. Массовые бедствия делят на природные катаклизмы – климатические (ураганы, смерчи, наводнения), сейсмические (землетрясения, извержения вулканов, цунами) – и вызванные человеком несчастные случаи, умышленные бедствия. К несчастным случаям отнесены катастрофы и аварии на транспорте (дорожные, авиали или железнодорожные), в промышленности, взрывы (газ, химические вещества, взрывы на шахтах, военных складах), пожары (ожоги, удушение дымом), биологические аварийные ситуации (токсические газы, твердые вещества), ядерные аварии (радиация, радиоактивное загрязнение). К умышленным бедствиям относятся терроризм, бунты, мятежи, социальные волнения, войны.

3. *Этнокультурные*: осмысление проблем жизни и смерти, тяжести греха и степени выраженности наказания и другие экзистенциальные вопросы решаются участниками исторической драмы в зависимости от их ментальности, религиозного и идеологического мировоззрения и являются очень важными факторами развития ПТСР.

4. *Психологические*: характерологические особенности: эмоциональная неустойчивость, повышенная тревожность, незрелость личности. Среди детей – астенические черты характера; острые приступы страха,

паники; вегетативные нарушения и неспецифические соматические жалобы (например, головная боль).

Психическая травма вызывает не только психологические изменения, но и длительные нейробиологические изменения в мозгу. Главными системами, включенными в стресс-реакции и адаптацию являются гипоталамо-гипофизарно-адреналовая, гипоталамо-гипофизарно-щитовидная, гипоталамо-гипофизарно-гонадная оси. В ряде исследований показано, что посттравматическое стрессовое расстройство сочетается с нейробиологическими нарушениями: норадренергическими, серотонергическими, изменениями в гипоталамо-гипофизарно-адренортикальной системах и эндогенной опиоидной системе.

Существуют различные точки зрения относительно возникновения ПТСР. Биохимическая гипотеза: норадреналиновая, допаминовая и эндорфиновая. Считают, что бензодиазепиновые рецепторы и ось гипоталамус–гипофиз у больных ПТСР характеризуются повышенной активностью.

О вовлеченности норадренергической системы при хроническом посттравматическом стрессовом расстройстве свидетельствуют данные нескольких исследований. Наблюдаются нарушения автономной вегетативной нервной системы: увеличение частоты сердечных сокращений, увеличение содержания катехоламинов в 24-часовой моче, уменьшение альфа-адренорецепторной активности, уменьшение содержания моноаминового оксидазного ингибитора. Эти симптомы перевозбуждения наблюдаются у больных с ПТСР, которые вспоминают событие психической травмы.

Доказано, что стресс вызывает повышение содержания катехоламинов в мозгу, что может вызывать функциональное нарушение рабочей памяти, регуляции внимания, повышенную двигательную активность и импульсивность.

Доказано вовлечение серотониновой системы при ПТСР. Хотя механизм дисрегуляции серотонергической системы остается неизвестным, известно, что нейротрансмиттер серотонин широко распространен в центральной нервной системе. Серотонин «в ответе» за настроение, агрессию, тревожность, компульсивное и импульсивное поведение. Он играет определенную роль в развитии ПТСР, связанного с агрессией, суицидальным поведением. Следовательно, катехоламиновая и серотониновая системы играют важную роль в патофизиологии посттравматического стрессового расстройства.

Стресс вызывает увеличение содержания эндогенных опиоидов, такого важного адаптивного нейробиологического ответа, который играет важную роль в болевой анальгезии. Известно, что эндогенное введе-

ние опиатов уменьшает способность организма реагировать на стресс. Опиоидная система включается при стрессе и анальгезии. Увеличение и уменьшение опиоидной активности гипотетически играет роль в развитии ПТСР.

Экспериментальные исследования показывают, что введение кортикотропин-высвобождающего фактора в желудочки мозга вызывает физиологические и поведенческие ответы в сочетании со стрессом.

Исходя из психодинамической гипотезы, познавательный аппарат человека не справляется с психической «переработкой» тяжелой психической травмы, не «входящей в ранее приобретенный опыт», либо он способен «переработать» ее частично.

ДИАГНОСТИКА

Диагностика ПТСР осуществляется:

- а) по индивидуальной обращаемости;
- б) желательно обязательное обследование после чрезвычайного события, в результате, которого психо-эмоциональному стрессу подвергаются одновременно большие группы детей и подростков (организованных и неорганизованных).

В плане дифференциальной диагностики следует исключить органическую патологию в результате травмы головы, также другие органические заболевания (эпилепсия), лекарственную и алкогольную зависимость. Следует дифференцировать ПТСР с нарушениями личности по пограничному типу, с депрессией в узком смысле слова и диссоциативными нарушениями.

План обследования

1. Сбор анамнеза травмы.
2. Сбор анамнеза заболевания (состояния).
3. Психиатрическое обследование.

Далее составляют план лечения, реабилитации и профилактики.

В начале важно установить доверительный контакт между врачом и пострадавшим. Исходя из концепции ПТСР, вначале с пострадавшим ребенком проводят предварительную беседу, касающуюся самого события (возможно травматического), эмоционального состояния, в которой выясняются соматические симптомы, особенности общего поведения, и только затем проводят клиническую (психиатрическую) диагностику (тестирование) на возможное наличие ПТСР.

Дети подчас не могут установить причинно-следственную связь своих травматических появлений (жалоб) с фактом событийной стрессовой травмы.

Важная роль в этих случаях отводится родителям (взрослым), которые могут сопоставить состояние ребенка с произошедшим событием. Хотя у населения бытует миф, что все «само пройдет», и в таких случаях часть пострадавших может не обращаться за медицинской и психотерапевтической помощью.

Если стрессовое событие не имеет общегосударственного значения, то есть это не ЧС, и ребенок в затруднении ответить на вопрос о «травме», то можно предъявлять ему список событий, могущих приводить к стрессовому переживанию.

В «Полуструктурированном интервью для оценки травматических переживаний у детей» приводится следующий список событий:

- автомобильная катастрофа; любая другая катастрофа (несчастный случай);
- пожар;
- стихийное бедствие (наводнение, землетрясение, ураган);
- серьезное физическое заболевание;
- длительная или повторные госпитализации;
- физическое насилие;
- сексуальное домогательство или сексуальное насилие;
- смерть (гибель) близкого человека;
- пребывание в зоне военных действий;
- пребывание в качестве заложника.

Этот список можно дополнить примерами из МКБ-10:

- заключение в концентрационном лагере;
- длительное пленение с постоянной угрозой лишиться жизни;
- длительные переживания угрожающих жизни ситуаций;
- перенесение пыток;
- пребывание в условиях нахождения между жизнью и смертью;
- разбойное нападение;
- изнасилование;
- угрожающие перемены в жизненном или социальном положении человека, например, утрата нескольких близких людей (родственников);
- потеря имущества в результате пожара или стихийного бедствия;
- антропогенная катастрофа;
- присутствие при насильственной гибели людей;
- миграция;
- положение беженцев;
- длительная разлука;
- и другое.

Необходимо отметить, что классификация МКБ-10 включает текстовые формы клинических описаний и диагностических указаний для определения расстройств, которые чаще встречаются у детей и подростков. Следует отметить также, что диагностические коды относятся только к ситуации и проблемам ребенка, а не к самому ребенку. Классификация является описательной, а не теоретической, и может использоваться сопоставимым образом клиницистами с различной теоретической ориентацией.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА (F 43.1) ПО МКБ-10

- А. Отставленная и/или затяжная реакция на:
- 1) исключительно сильное, но непродолжительное (в течение часов, дней) травматическое событие, угрожающее психической или физической целостности личности (природная или техногенная катастрофа, несчастный случай, участие в боевых действиях, преступное посягательство и тому подобное);
 - 2) резкое изменение социального статуса или окружения (смерть близкого, потеря значительной части имущества и тому подобное).
- В. Типичными признаками являются:
- 1) повторное переживание психотравмы в виде навязчивых воспоминаний (реминисценций), кошмарных сновидений, фантазий и представлений;
 - 2) в качестве фона повторных переживаний психотравмы наблюдаются чувство «оцепенелости», эмоциональной притупленности, социальной отчужденности, сниженной реакции на окружающее, ангедония;
 - 3) избегание ситуаций, напоминающих о психотравме;
 - 4) временами могут наблюдаться острые эпизоды страха, паники, агрессии, вызванные неожиданными воспоминаниями о психотравме или реакции на нее.
- С. Повышенные:
- 1) вегетативная возбудимость;
 - 2) уровень бодрствования с бессонницей;
 - 3) реакция испуга.
- Д. Начало расстройства – после латентного периода (от нескольких недель до шести месяцев, изредка – свыше шести месяцев).

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА
(ПТСР) ПО DSM-IV.

- A. Лица, пережившие травматическое событие, характеризующееся наличием обоих приводимых признаков:
- 1) Лица, которые пережили, были свидетелями или сталкивались с событием или событиями, связанными с реальными или угрожающими смертью либо серьезными повреждениями или угрозой физической целостностью – своей и других.
 - 2) Личностные реакции в виде страха, беспомощности, ужаса. У детей это может выражаться в дезорганизованном или ажитированном поведении.
- B. Травматическое событие постоянно переживается одним (или более) из следующих путей:
- 1) Повторяющиеся и захватывающие человека дистрессовые воспоминания, события, включающие образы, мысли или восприятия. У маленьких детей возможны игры, отражающие темы или аспекты пережитого.
 - 2) Повторяющиеся дистрессовые сны на тему события. У детей это могут быть страшные сны без распознаваемого содержания, ночные кошмары, содержание которых не сохраняется.
 - 3) Действия или переживания, как если бы травматическое событие повторилось сейчас (включая чувство оживления пережитого, иллюзии, галлюцинации, и диссоциативные флэшбек-эпизоды, в том числе – при пробуждении на фоне интоксикации). У маленьких детей это может быть проигрывание пережитого события.
 - 4) Интенсивный психологический дистресс в ответ на внешние и внутренние намеки, символизирующие или напоминающие какие-то аспекты травматического события.
 - 5) Физиологические реакции на указанное в п. 4.
- C. Постоянное избегание стимулов, ассоциирующихся с травмой, и застывшие стереотипы общей реактивности (которых не было до травмы), характеризующиеся тремя (или более) из перечисленных признаков:
- 1) Стремление избегать мыслей, чувств, разговоров, ассоциирующихся с травмой.
 - 2) Стремление избегать действий, мест или людей, возбуждающих воспоминания о травме.
 - 3) Неспособность вспомнить важный аспект травмы.
 - 4) Заметное снижение интереса к значимым действиям или снижению участия в них.

- 5) Чувство отдаления и отчуждения от других.
 - 6) Сужение эффективного спектра (например, неспособность переживать чувство любви).
 - 7) Чувство ограничения перспектив (например, карьеры, возможности иметь семью и детей или нормальную жизнь).
- D. Постоянные симптомы нарастающего возбуждения (отсутствующие до травмы) в виде двух (или более) из перечисляемых:
1. Трудности засыпания и сохранения сна.
 2. Раздражительность или вспышки гнева.
 3. Трудности концентрации.
 4. Сверх бдительность.
 5. Преувеличенные реакции испуга.
- E. Длительность нарушений (симптомы групп B, C, D) более месяца.
- F. Расстройство вызывает клинически значимый дистресс или нарушения в социальной, рабочей или других значимых сферах функционирования.
- Определять как:
- Острое – при продолжительности симптомов менее 3 месяцев.
 - Хроническое – при продолжительности симптомов более 3 месяцев.
 - С отставленным началом – если симптомы возникают через 6 месяцев и более после стрессора.

Определение травматического события относится к числу перво-степенных при диагностике ПТСР.

Диагноз ПТСР устанавливается на основании наличия хотя бы одного симптома из каждой группы тетрады признаков:

1. Повторное переживание травмы.
 2. Блокировка эмоциональных реакций и деятельности.
 3. Явления избегания.
 4. Симптомы повышенной возбудимости.
- 1) Повторное переживание травмы. Посттравматические игры, навязчивые воспоминания вне игр, повторяющиеся сны и ночные кошмары, переживания при напоминании о чрезвычайном событии, диссоциативные симптомы (флэшбэк).
 - 2) Блокировка эмоциональных реакций и деятельности. Снижение социальной активности, сужение диапазона чувств, временная потеря приобретенных навыков, регрессивное поведение, снижение игровой активности.
 - 3) Избегающее поведение: избегание мыслей, чувств, разговоров, мест и людей, напоминающих о чрезвычайном происшествии, невозможность вспомнить важные аспекты травмы, отгороженность от окружающих.

- 4) Симптомы повышенной возбудимости ночные страхи, трудности засыпания, частые пробуждения, значительные проблемы с концентрацией внимания, настороженность, чрезмерная реакция испуга.

Далее приводим наш вариант вопросника на определение ПТСР у детей и подростков, который мы используем в практике с 1994 года. (Текст вопросника, бланк и «ключ» © И.П. Брызгунов, А.Н. Михайлов, 1994 – 2005). Мы используем собственный перевод по МКБ-10 в диагностическом разделе F43 – Реакция на тяжелый стресс и нарушение адаптации. Диагностическую группу F43.1 – Посттравматическое стрессовое расстройство.

В нашей методике 25 утверждений, с помощью которых испытуемый оценивает свое конкретное стрессовое событие, к которому он не был подготовлен, оно было для него скорее неожиданным, и относительно которого он считает, что оно вызвало у него эмоциональные переживания и привело в дальнейшем к поведенческим проблемам.

ТЕКСТ ВОПРОСНИКА НА ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПТСР, ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Как выполнять задание: Пожалуйста, внимательно читай каждое предложение, в котором сформулированы признаки (жалобы), возникающие после события, которое определено тобой как травматическое. В бланке для ответов на отведенном для этого месте напиши свое конкретное событие и дату, когда оно произошло. Если при воспоминании об этом событии, признак (жалоба) у тебя есть, отметь (обведи) в бланке для ответов возле соответствующего номера – ответ «ДА», если не наблюдается, отметь – «НЕТ». Укажи фамилию и другие сведения о себе. Например: 0) Я понял(-а) инструкцию. «Да» «Нет»

1. Запиши событие, которое оказалось для тебя стрессовым, эмоционально и физически травмирующим (вызвало страх, напряжение, слезы и т.п.).
2. Укажи дату, когда это событие произошло: число, месяц, год.
3. Событие, которое я пережил(-а) и которого раньше не было, оно явилось для меня исключительно сильным переживанием, угрожающим моему психическому и физическому здоровью.
4. Я постоянно или временами рассказываю кому-либо об этом событии.
5. У меня возникают часто повторяющиеся, угнетающие мысли, связанные с этим событием.
6. В обычной обстановке, перед засыпанием и после сна у меня внезапно возникает ощущение того, что «событие» повторяется вновь.

7. У меня появляется заметное угнетенное настроение, если событие, происходящее сейчас, напоминает травмирующее событие (включая даты, предметы, внешние обстоятельства).
8. Я стремлюсь уйти от мыслей или чувств, напоминающих событие.
9. Я стремлюсь избегать ситуаций или действий, которые могут вызвать воспоминание о событии.
10. Я не могу восстановить важные подробности, связанные с событием.
11. У меня появилась значительная потеря интереса к играм, прогулкам, учебе, спорту, развлечениям и т.п.
12. У меня появилось чувство отчуждения и безразличия к родным или другим лицам.
13. У меня заметно снизился уровень и количество радостных переживаний.
14. Я не уверен(-а) в том, что будет со мной дальше, в будущем.

ПОСЛЕ СОБЫТИЯ У МЕНЯ ПОЯВИЛИСЬ:

15. Трудности с засыпанием и сном.
16. Раздражительность или вспышка гнева.
17. Трудности при сосредоточении (способность заниматься чем-либо некоторое время).
18. Повышенная осторожность.
19. Повышенная пугливость.
20. Ощущения в теле при упоминании о событии или в похожих обстоятельствах.

ПОСЛЕ СОБЫТИЯ:

21. Я стал(-а) невеселым(ой), бездеятельным(ой), мало чем интересующимся(-ейся), мне трудно общаться с людьми.
22. У меня ухудшилась память.
23. У меня часто меняется настроение.
24. Я стал(-а) менее внимательным(-ой).
25. Я стал(-а) страдать головными болями.
26. У меня появилось головокружение.
27. Признаки (жалобы), которые я отметил(-а), связанные с травмирующим событием, продолжались у меня месяц и более.
 - а) Укажи конкретную продолжительность.

КЛЮЧ К ВОПРОСНИКУ

В диагностической методике выделены следующие критерии:

1. Критерий А – «внезапность события» (пункт № 3);
значимое количество баллов – 1 балл;
2. Критерии В – «повторяющееся воспоминание» (пункты № 4–7);
значимое количество баллов – 1;

БЛАНК ВОПРОСНИКА

Фамилия, имя	Пол:	М	Ж	Дата заполнения
	Возраст:	лет	месяцев	DS

1. Запиши травмирующее событие, которое произошло с тобой –

2. Дата, когда это событие произошло:	Число	Месяц	Год
---------------------------------------	-------	-------	-----

3 да нет	4 да нет	8 да нет	15 да нет	21 да нет	27 да нет а)
	5 да нет	9 да нет	16 да нет	22 да нет	
	6 да нет	10 да нет	17 да нет	23 да нет	
	7 да нет	11 да нет	18 да нет	24 да нет	
		12 да нет	19 да нет	25 да нет	
		13 да нет	20 да нет	26 да нет	
		14 да нет			

$\Sigma A1=$	$\Sigma B1=$	$\Sigma C3=$	$\Sigma D2=$	$\Sigma F2=$	$\Sigma E1=$
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

$\Sigma\Sigma=$

© И.П. Брызгунов, А.Н. Михайлов, 1994 – 2005, бланк для ПТСР,
для детей, подростков и взрослых.

- Критерии С – «избегание воспоминаний о событии» (пункты № 8–14); значимое количество баллов – 3;
- Критерии F – «соматические последствия события» (пункты № 15–20); значимое количество баллов – 3;
- Критерии D – «эмоциональные реакции, возникшие после травматического события» (пункты № 21–26); значимое количество баллов – 2;
- Критерий E – «острота» травматического события» (пункт № 27); значимое количество баллов – 1.

Состояние следует квалифицировать как:

- острое, если с момента события прошло 30 дней и меньше;
- хроническое, если с момента события прошло от одного до шести месяцев и больше.

Каждый ответ «ДА» приравнивается к 1 баллу. Подсчитываются баллы по каждой шкале, затем они суммируются в общий результат ($\Sigma\Sigma=$). Суммарный результат можно выразить в процентах – 1 балл равен 4,0%. Для каждой шкалы имеется минимальное значение балла, которое считается для этой шкалы значимым (см. стр. 292–293).

Событие, которое оценивает испытуемый, считается выраженным, если по суммарному результату обследования получено 10 баллов (40,0%) и больше.

Помимо общего стрессового состояния, по результатам тестирования психотерапии подвергается также каждый отмеченный признак (жалоба).

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНДЕКСА ШКАЛЫ СИНДРОМА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

С.А.Хусейн, В.Р.Холкомб, предложил для детей и подростков использовать *индекс шкалы синдрома посттравматического расстройства*. В зависимости от количества набранных баллов можно выявить степень тяжести заболевания.

Далее приводится бланк методики, с помощью которой определяют индекс посттравматического состояния у детей в результате травматического события. Эта методика может использоваться для *оценки посттравматического состояния*, т.е. вспоминаемого астматического приступа. Ее можно применять во время всего курса терапии, отмечая через определенные промежутки времени изменения состояния, а также состояния в начале и после окончания оказания помощи.

Ключ

Подсчитывается количество ответов «ДА».

7 баллов и более – легкая степень заболевания;

10–12 баллов – средняя степень заболевания;

12 баллов и более – тяжелая степень.

Сырые результаты можно перевести в процентное выражение, один сырой балл (ответ) равен 6,25%.

Например: в бланке для ответов отмечено 4 раза «ДА».

$4 \times 6,25 = 25,0\%$

Это означает, что посттравматическое состояние выражено ниже среднего уровня.

Чем больше ответов, тем выраженнее состояние посттравматического стресса.

Следует обращать внимание на содержание отмеченных утверждений, их можно использовать в психотерапии.

Бланк для определения индекса шкалы синдрома ПТСР

Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: Лет Месяцев	Образование	Дата заполнения
--------------	----------------	----------------------------	-------------	--------------------

Запиши событие, которое с тобой произошло и из-за которого переживаешь –

Запиши, когда это событие произошло	Число	Месяц	Год
-------------------------------------	-------	-------	-----

ИНСТРУКЦИЯ:

ОХАРАКТЕРИЗУЙ СВОЕ СОСТОЯНИЕ В СВЯЗИ С ЭТИМ СОБЫТИЕМ:

Отметь (перечеркни) «ДА», если ты можешь утвердительно ответить на вопрос, и перечеркни «НЕТ», если не согласен с вопросом.

1	Наличие события, которое послужило экстремальным стрессором?	ДА	НЕТ	1
2	Расстраиваешься, когда вспоминаешь, думаешь об этом событии?	ДА	НЕТ	2
3	Имеется ли страх возврата события?	ДА	НЕТ	3
4	Часто ли испытываешь страх, когда думаешь об этом событии?	ДА	НЕТ	4
5	Избегаешь ли воспоминаний о событии?	ДА	НЕТ	5
6	Легко становишься нервным, возбужденным?	ДА	НЕТ	6
7	Желаешь избежать чувств, эмоций?	ДА	НЕТ	7
8	Имеются ли навязчивые мысли?	ДА	НЕТ	8
9	Имеется ли нарушение сна?	ДА	НЕТ	9
10	Имеются ли навязчивые (преследующие образы) видения и звуки?	ДА	НЕТ	10
11	Имеется ли потеря интереса к деятельности?	ДА	НЕТ	11
12	Трудно ли сконцентрировать внимание?	ДА	НЕТ	12
13	Имеется ли чувство отчужденности (никого не хочется видеть)?	ДА	НЕТ	13
14	Влияют ли мысли о событии на учебу?	ДА	НЕТ	14
15	Имеется ли чувство вины?	ДА	НЕТ	15

$\Sigma c \times 6.25\% = \quad \%$

В плане дифференциальной диагностики следует исключить органическую патологию в результате травмы головы, также другие органические заболевания (эпилепсия), лекарственную и алкогольную зависимость. Следует дифференцировать с нарушениями личности по пограничному типу, депрессией в узком смысле слова и диссоциативными нарушениями.

МЕТОДИКА ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ

Фамилия, имя	Пол:	М	Ж	Образование
	Возраст:	лет	месяцев	Дата заполнения

Запиши травмирующее событие, которое ты пережил(а) (переживаешь) –

Дата, когда это событие произошло:	Год	Месяц	Число		
<p>ИНСТРУКЦИЯ: Слева и справа от линии обозначены признаки поведения, которые возникают после травмирующего события. Прочитай каждую противоположную по содержанию пару признаков (с оттенком вопроса) и реши, какой признак лучше всего подходит для отражения твоего состояния, и отметь ответ ДА или НЕТ, при отсутствии выбора отмечай знак вопроса (?). Отметь также, в какой степени этот признак выражен у тебя: 3 – очень выражен, 2 – средне, 1 – слабо, 0 – ?, 1 – слабо, 2 – средне, 3 – очень выражен.</p>					
1	Я могу говорить, рассказывать о событии	Да 3 2 1 0	? 0	Нет 1 2 3	Рассказывать о событии не могу, не хочется, трудно
2	К событию отношусь спокойно	Да 3 2 1 0	? 0	Нет 1 2 3	Чувствую себя нервным, тревожусь, переживаю
3	Картину события не вижу или вижу тускло, далеко	Да 3 2 1 0	? 0	Нет 1 2 3	Вспоминая событие, вижу его ярко, близко, отчетливо
4	Картину события не слышу, она беззвучна	Да 3 2 1 0	? 0	Нет 1 2 3	Слышу разговоры, звуки громко, близко
5	Мои чувства и переживания по поводу случившегося соразмерны произошедшему	Да 3 2 1 0	? 0	Нет 1 2 3	Я избегаю чувств, связанных с событием, боюсь их возобновления
6	Я защищен(а), умею за себя постоять при повторении события	Да 3 2 1 0	? 0	Нет 1 2 3	Я не защищен(а), не могу за себя постоять при повторении события
7	В этом нет моей вины	Да 3 2 1 0	? 0	Нет 1 2 3	В этом есть моя вина
8	В душе, в памяти я простил(а)	Да 3 2 1 0	? 0	Нет 1 2 3	Я хочу мстить, этому нет прощенья
9	Я легко распознаю признаки и обстоятельства, приведшие к травмирующему событию	Да 3 2 1 0	? 0	Нет 1 2 3	Я не могу распознать, различить признаки и обстоятельства, могущие привести к похожему событию
10	Я вспоминаю событие как бы со стороны, как бы «глазами» другого человека; событие трудно вспомнить, скорее я знаю, что оно было	Да 3 2 1 0	? 0	Нет 1 2 3	Когда я вспоминаю событие, оно возникает в памяти так, как будто было на самом деле
11	У меня есть поддержка со стороны других	Да 3 2 1 0	? 0	Нет 1 2 3	Отсутствует поддержка со стороны других
12	Я хорошо осознаю, что произошло	Да 3 2 1 0	? 0	Нет 1 2 3	Скорее не верю в то, что произошло

Количество ответов «ДА»	Количество ответов «НЕТ»	Количество ответов «?0»	Цифровая шкала 3 1 2 0 1 2 3 Соответствует 7 6 5 4 3 2 1
Σ да х	Σ нет х	Σ ? х	Σ баллов
8,33% =	8,33% =	8,33% =	/ 12 =

Ключ

А) Подсчитывается количество ответов «ДА», ответов «НЕТ» и ответов «?». Один ответ равен 8,33%. Подсчет ответов дает возможность наглядно показать положительное, отрицательное или нейтральное отношение к травме.

Б) Осуществляется также числовой (цифровой) подсчет результата тестирования. При этом оценочная шкала 3 2 1 0 1 2 3 перекодируется в бальную шкалу 7 6 5 4 3 2 1.

Средний балл подсчитывается делением суммы баллов ($\Sigma =$) на 12 (количество парных признаков). Чем выше средний балл, тем положительней переживание стрессового события.

Методика предьявляется до и после психотерапии. Или в любой из промежутков терапевтического времени.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Медикаментозное лечение может сочетаться с психотерапией (а может и не сочетаться с ней), но все же проработка травматического «материала» желательна.

Пережившие испуг или травмированные дети (особенно маленькие) выражают свои связанные с пережитым чувства через поведение. Такой ответ на травму связан с тем, что детям недостает социальной, физиологической и психологической зрелости для достаточного понимания произошедшего с ними. В большинстве случаев эти поведенческие изменения проходят в срок от двух до шести недель. Взрослые должны рассматривать поведенческие изменения как детский способ рассказать о захваченности чем-то ужасным.

Как же обращаться со взрослыми, с детьми, с подростками, побывавшими в чрезвычайной ситуации?

Бытует такое заблуждение, что надо обо всем забыть и к этому не возвращаться, — скорее забудется. Это неверно. Психологи знают, что нельзя загонять проблему в подсознание, потому что эта проблема впоследствии даст себя знать в форме психического расстройства. Обязательно проблему нужно проработать, т.е. о ней нужно говорить. И то, что ребенок не рассказывает родителям, он расскажет врачу при определенном подходе. Необходимо «разговорить» пострадавшего — не проявлять свое любопытство, а объяснить, что это нужно, чтобы проблема «ушла». Необходимо в терапевтической беседе попросить ребенка вспомнить все подробности происшествия. Причем не только факти-

ческие, но и вспомнить те чувства, которые он испытывал в тот момент. Не просто: пошел», «увидел», «развернулся», «убежал», а что увидел и что в этот момент почувствовал. Дети не всегда могут пользоваться вербальными категориями чувств, их надо научить пользоваться словами «сердитый, злой, грустный». Учитывая, что в основе всех посттравматических расстройств лежит высокий уровень тревоги, всю работу надо направлять на снижение уровня тревоги с помощью расслабления, релаксационных методик, это и аутогенная тренировка, неглубокий гипноз и т.д. И, кроме того, в первые дни после террористического акта мы используем лекарственную терапию, в основном растительные и снотворные легкие препараты. При этом в большинстве случаев симптоматика уходит.

После травмы очень важно, чтобы родители уделяли ребенку как можно больше времени и делали как можно больше для его успокоения. Обычно для детей и для взрослых лучше всего как можно скорее вернуться к обычной повседневной жизни. Но если ребенок очень испуган или ведет себя необычно, не надо ему выговаривать или наказывать. Если ребенок после чрезвычайного события вас донимает постоянными вопросами, повторением одного и того же, нужно с этим смириться и понять, что таким образом он справляется с тревогой.

Неплохо уделить дополнительное время в следующие за травмой несколько недель, чтобы поговорить с ребенком о случившемся и стимулировать его к обмену с вами его (ее) чувствами и переживаниями по поводу случившегося. Имейте в виду, что ребенок может нуждаться в нескольких – не одном – разговорах с родителями, прежде чем он сможет разрешить свои сомнения и неясности.

Лечение посттравматического стрессового расстройства за последние годы еще полностью не разработано. Клиницисты стоят перед трудной задачей лечения детей и подростков с посттравматическим стрессовым расстройством в связи с отсутствием публикаций о хорошо контролируемых исследованиях по этому вопросу.

Хотя в настоящее время опубликовано несколько сотен исследований, посвященных лечению этого заболевания, но только малая часть из них рандомизирована и имеет контрольную группу.

Лечение ПТСР психотерапевты проводят индивидуально либо в группе. Это многоступенчатый процесс. Одна из ступеней выздоровления – научиться справляться с потерей и скорбью в социальном плане. В результате психотерапии человек не только избавляется от симптомов ПТСР, но и вновь обретает смысл жизни.

Лечение ПТСР состоит из трех компонентов:

1. Терапия психической травмы, устранение психоэмоциональных и психосоматических последствий травматического события.

2. Контроль физиологических и биологических стрессовых реакций, отсроченных проявлений ПТСР, на предотвращение хронизации состояний.

3. Обеспечение социальной адаптации и межличностных отношений.

При лечении ПТСР (помимо медицинского вмешательства) прежде всего, следует учитывать влияние культурных особенностей на формы психического реагирования детей. Поэтому учет специфических культурных факторов, влияющих как на формирование психопатологических процессов, так и на процесс лечения и реабилитации может оказаться весьма полезным при ПТСР в условиях массовых региональных (традиционных этнорелигиозных) психогенных воздействий. Учет этнокультурных особенностей необходим (в дополнение к медикаментозному и психотерапевтическому лечению) при разработке индивидуально-ориентированных психотерапевтических методик и техник, в которых основном используются формализованный подход.

Если чрезвычайные события имеют массовый характер и пострадавшие организованы (детский сад, школа и т.п.) оказание помощи желательно начинать в ближайшее время после травматического события, не дожидаясь шести месяцев, необходимых для постановки диагноза.

Мы предлагаем собственную программу лечения и реабилитации посттравматического стрессового расстройства.

При лечении ПТСР, прежде всего, следует учитывать влияние культурных особенностей на формы психического реагирования. Поэтому учет культурно-специфических факторов, влияющих как на формирование психопатологических процессов, так и на процесс лечения и реабилитации может оказаться весьма полезным при ПТСР в условиях массовых психогенных воздействий (в ситуациях стихийных бедствий, технологических аварий, физического и сексуального насилия и т.д.).

Учет культурных особенностей необходим и при разработке индивидуально-ориентированных психодинамических и психотерапевтических методик.

На первом этапе во всех случаях ПТСР лечение следует начинать с предварительной беседы, касающейся психической травмы, ребенку следует разъяснить в доступной форме суть его заболевания. Важно дать понять, что нарушение имеет психосоматическое происхождение. Важно не ограничивать и не прерывать ребенка, надо дать ему выговориться, чтобы снизить его эмоции, особенно связанные с памятью.

Врач, постоянно, касаясь травматических воспоминаний, поощряет больного на полное и ясное со всех сторон обсуждение произошедшего травматического события. Успех лечения во многом зависит от доверительного контакта врача и больного. С первого психотерапевтического сеанса ребенка учат расслабляться.

Программа лечения и реабилитации должна строиться в зависимости от стадии, например, при острой стадии ПТСР показана гипнотерапия, а при хронической (когда симптомы сохраняются более 6 месяцев) – метафоры, парадоксы, с помощью которых терапевт достигает «легкого» обучения ребенка, проникает «внутрь» бессознательного конфликта ребенка. Целью терапевтических метафор является инициация сознательного и бессознательного поиска, который поможет ребенку в использовании своих личностных ресурсов, чтобы справиться с занимающей его проблемой.

В острой стадии психическую травму (событие) можно устранить с помощью гипнотерапии.

Гипноз является одной из давно известных техник психотерапии, которые применялись к пациентам, страдавшим от последствий психической травмы. Неудивительно, что благодаря такой долгой истории применения гипноз рассматривается клиницистами при выборе метода лечения в первую очередь.

При лечении посттравматического стрессового расстройства с помощью гипноза должны учитываться тип травмы, симптоматология ПТСР, наличие стрессов окружающей среды, вторичного ухудшения. Гипноз эффективен в отношении диссоциативных симптомов.

Феномен гипноза имеет три компонента: абсорбцию, диссоциацию и внушаемость. Он включает в себя релаксацию и использование умственного воображения.

Целью гипнотерапии является освобождение «бессознательного» от травматического события.

Больные ПТСР лучше реагируют на гипноз, чем здоровые или больные с другой патологией. При сравнении психодинамической терапии с гипнотерапией было показано, что при первой уменьшаются симптомы избегания в меньшей степени – чем симптомы навязчивости, а при гипнотерапии – сокращение симптомов навязчивости с меньшими изменениями симптомов избегания.

В психотерапевтической работе могут быть использованы различные техники и упражнения, способствующие помощи при ПТСР.

При возникновении экстремальных и кризисных ситуаций необходимо оказание экстренной психологической (первичная доврачебная помощь в очаге поражения) и отсроченной (в стационаре и в поликлинике) посттравматической помощи. В ряде случаев, при массовом количестве пострадавших, когда «пропускную» способность врачей-психиатров, психологов, психотерапевтов желательно увеличить – необходимы психотехники способные невербальными средствами осуществлять «устранение», «забывание», «стирание» травматических образов – зрительных и звуковых.

Частые повторные угнетающие мысли, связанные со «стрессовым» событием можно устранить с помощью методик *фосфена* и *аудена*. С этой целью нами разработан психотерапевтический метод, основанный на возникновении в зрительном и звуковом отделах головного мозга нейрофизиологических феноменов – фосфена и аудена.

Фосфен представляет собой зрительные ощущения, возникающие без воздействия света на глаза и вызываемые с помощью механического раздражения сетчатки глаза. Изображение при фосфене может быть в виде вспышек света, движения различных геометрических фигур (звезд, дисков, колес, точек, кругов и т.д.).

Ауден представляет собой звуковые ощущения, не исходящие из внешних источников звука, и вызывается воздействием механических и других агентов на лабиринт слухового нерва, слуховой корковый анализатор головного мозга. Ауден проявляется в виде звуков разной интенсивности (звон, писк, гудение, шелест, пощелкивание и т.д.).

В результате не прямой стимуляции зрительной коры (затылочных отделов головного мозга) и звуковой коры (височных отделов головного мозга), там где воспринимается, анализируется, храниться и забывается информация – могут возникать зрительные эффекты (фосфены) – «звездочки», «искорки», «ниточки», любые геометрические формы и фигуры, световые и цветные эффекты и т.п. и слуховые эффекты (аудены) – «шуршание», «скрипы», «шинение», «писк» и т.п.

Эффект фосфена достигается при надавливании, легком «массаже», потирании глазных яблок; эффект аудена достигается при ритмичном или аритмичном нажимании мочек ушей.

Методики фосфен и ауден применяются непосредственно во время зрительного или звукового воспроизведения больным ситуации стрессового состояния, при этом устраняется эмоциональное сопровождение травмирующего события.

Обычно после проведения фосфена (*зрительной психотехники*) и аудена (*звуковой психотехники*) пострадавший может сказать, что он знает, что в его в биографической памяти такое-то событие было, но вспомнить – «увидеть» и «услышать» не может. Он может передать общий смысл произошедшего или вспомнить детали события, но психовегетативное сопровождение при этом отсутствует, меняется также и понимание события (отношение к нему).

Технически возможно при одновременном вспоминании зрительной и звуковой картины-образа проведение техники фосфена и аудена.

Техника проводится с контролем (самоконтролем) за телесными ощущениями и переживаниями (когнитивные оценки, смыслы, убеждения, отношения, верования, метафоры и т.п.), которые практически всегда «сопровождают» визуально-аудиальные психотравматические

образы. Заметим, что при «стирании» травматических образов психо-вегетативные ощущения исчезают, что является признаком (контролем) успешности проведения этих психотехник и в целом психотерапии стресса.

При наличии противопоказаний со стороны зрительной и/или ушной систем эту психотехнику можно не проводить, а заменить, например, на глазодвигательную (Ф. Шапиро, 1998), при которой механического контакта с глазным яблоком не происходит.

Сама психотерапевтическая техника осуществляется следующим образом. Пострадавшего просят вспоминать, представлять зрительный образ травматической ситуации (события). Это воспоминание может быть как фотография, как кинофильм, как рисунок, как живопись и т.п., причем образ вспоминается ассоциированно или диссоциированно (в терминологии нейролингвистического программирования). После выбора травматического образа и устойчивого его удержания на актуальном внутреннем экране (самообразе) пострадавшего просят закрыть глаза и начать слегка потирать, «массировать» глазные яблоки. Проводящий эту психотехнику расспрашивает о возникновении у пострадавшего эффектов сна (можно расспрашивать, какие возникают эффекты – элементы фосфена). Одновременный «просмотр» психотравматических событий-образов и эффектов фосфена приводит к исчезновению зрительных травматических картин события.

Аналогично психотехнику проводят и с травматическим событием, запечатленным в слуховой (звуковой) памяти. Одновременно вспоминается звуковой травматический образ, и стимулируются эффекты аудена, что приводит к исчезновению травматических картин.

Десятилетнее использование этих техник показало их высокую психотерапевтическую эффективность; безопасность проведения; возможность проводить их в любом возрасте; с «плохим» знанием психотерапевтом языка пострадавшего; возможность самостоятельного проведения техник в дальнейшем (экстренная-самопомощь); не применение медикаментозных средств; оказание помощи сразу после травматического события (нет необходимости ждать «развития» клинической картины посттравматического стрессового расстройства, невроза, психосоматических расстройств); резкое снижение или прекращение психоэмоциональных переживаний и соматических и вегетативных ощущений; совместимость с медикаментозным лечением (например, психотропным) и с другими психотерапевтическими техниками и психокоррекциями.

Техника флудинг (наполнение) основывается на обучении больного приемам противостояния пугающим ситуациям напрямую, без предварительной адаптации. Страх, который испытывает больной, постепен-

но убывает, и человек приобретает контроль на пугающей ситуацией. Если флудинг является расширенной высокоинтенсивной экспозицией, то техника – *имплозивная терапия* – характеризуется постепенным увеличением интенсивности экспозиции. Психическая травма происходит лишь в воображении.

Вариантом флудинга является имплозивная терапия, при которой пугающее событие происходит в воображении.

При хронической стадии ПТСР психическую травму (событие) можно попытаться устранить, используя *методику уменьшения повышенной чувствительности с помощью движения глаз*. Данная методика позволит также уменьшить эмоциональную напряженность, устранить навязчивые мысли, нарушение сна. Используется у детей старшего возраста и подростков.

При этой технике ребенок следует своими глазами за движениями пальцев врача, которые вызывают ритмические билатеральные саккадированные движения глаз, в то время как ребенок самопроизвольно визуализирует травматическое событие и про себя повторяет ассоциативные иррациональные или негативные заявления. Эта техника способна десенсибилизировать травматическое событие в памяти в течение короткого периода времени (требуется всего лишь один сеанс, если страх неинтенсивный и недлительный). Техника позволяет также вызвать конгруэнтное состояние и существенные положительные поведенческие сдвиги.

Заключительная стадия лечения – образовательная. Она подготавливает ребенка относительно его будущего.

Системная десенсибилизация тренируется с глубокой мышечной релаксацией, т.е. с релаксационным ответом, при этом возбуждавший стимул постепенно нивелируется.

В психотерапевтической практике при лечении ПТСР встречаются случаи, когда состояние неуверенности в результате своей деятельности возникает из-за мысленного повторения больным одного слова или предложения, тематически связанного с конкретной психотравмирующей ситуацией. Возвращаясь к стрессовому событию, больной не может избавиться от тех слов, которые ему показались эмоционально значимыми, и вспоминает именно те слова, которые хотелось бы сказать в тот момент и которые не были связаны. Поэтому психотерапевту важно не только радикально переформировать содержание, но и на уровне структуры языка (речь, письмо) так изменить эти слова (предложения), чтобы они перестали расцениваться как психотравмирующие. Для этого используют опыт лечения больных *афазией*.

Научные исследования показали, что при стрессе психотерапия, использующая вербальные конструкты, не устраняет (или не снижает)

когнитивного и психосоматического реагирования при воспоминании травматического стресса. Это связано с тем, что стрессовое событие фиксируется, прежде всего, в сенсорных модальностях – зрительной, звуковой, кинестетической, обонятельной и вкусовой (правое полушарие). А только затем оно вторично перекодируется (перезаписывается) с помощью слов (левое полушарие).

Поэтому травматическое событийное воспоминание, пересказываемое пострадавшими словами, не лечится. Психотерапевтическая помощь оказываемая индивидуально должна изначально применяться в образах, в которых фиксируется, хранится и воспроизводится стрессовое событие. Помощь оказывается с использованием модели травматического события. Оно не «стирается» из личной памяти. А терапевтический эффект достигается с помощью направленных техник на ускоренное забывание травматической информации. Следует максимально девербализовать психотерапевтическую помощь (слова используются только для «переговоров», сбора информации о травматическом событии). Переживания (эмоции), соматические ощущения используются для «обратной» связи, необходимой для контроля за эффективностью психотерапии.

Быстрая и эффективная помощь в постстрессовом состоянии детям, переживших экстремальные ситуации, оказывается психотерапевтом за счет использования особенностей функционирования памяти, в частности – процессов забывания.

- 1) Травматическое событие при психотерапии не «стирается» из личной событийной памяти, как многие считают, даже специалисты. Терапевтический эффект достигается с помощью контролируемых техник, основанных на естественных процессах забывания информации в бодрствующем сознании и во время сна, сновидений.
- 2) Образно-формализованная краткосрочная психотерапия может оказываться в любой период от времени возникновения травмы, в отличие от медицинского подхода (через 6 месяцев).
- 3) Психотерапия осуществляет помощь (техники на забывание) в тех модальностях (зрительной и слуховой), в которых, в основном, и воспроизводится травматическое событие.
- 4) Переживания (соматические ощущения и эмоции) используются для «обратной связи», как контроль эффективности психотерапии.
- 5) Психодиагностические методики применяются для оценки состояния и эффективности психотерапии (до терапии и после нее).

Как спасатели при ЧС знают азы оказания доврачебной помощи, так и для оказания первой антистрессовой помощи специалисты должны знать *азы невербальной психотерапевтической помощи*.

Отмечена высокая сопряженность ПТСР и других психологических нарушений. Считают, что это обусловлено биологическими нарушениями как при ПТСР, так и при других психических заболеваниях, что и обуславливает подходы к лечению.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Считают, что терапией выбора для лечения ПТСР у детей и подростков должна являться когнитивно-поведенческая терапия. Фармакологическая терапия должна использоваться при отдельных симптомах ПТСР и при сопутствующих заболеваниях.

Для большинства больных комбинированное лечение: психотерапия и фармакотерапия оказывает положительный эффект не только у острой, но и хронической стадии заболевания.

Применение некоторых препаратов, главным образом антидепрессантов, способствует значительному снижению выраженности посттравматической симптоматики. Относительно других классов лекарств, таких, как антиадренэргетики, антиконвульсанты, антипсихотические препараты нового поколения, а также лекарств, нормализующих нейропептидные компоненты человеческих реакций на стресс, ведутся исследования.

Психофармакотерапии ПТСР, как и большинства других тревожных расстройств, позволяют контролировать проявления отдельных симптомов, при этом однозначные данные о влиянии лекарственных средств на течение этого расстройства в целом отсутствуют.

По мнению ряда авторов, медикаментозная терапия должна являться полезным дополнением к различным видам психотерапии, так как она облегчает ее проведение и способствует успеху реабилитационных мероприятий. Главная роль в возникновении и в поддержании симптоматики ПТСР отводится повышению адренэргической активности. Запоминание события происходит на фоне повышенного содержания стрессовых гормонов (катехоламинов, кортизола и др.), отвечающих за безопасность человека (ребенка) в экстремальных условиях, как только он оценил событие, как угрожающее для себя. В какой бы модальности памяти потом в дальнейшем не происходило вспоминание травмирующего события, на нейрофизиологическом уровне оно «обеспечивается» практически тем же уровнем катехоламинов.

Среди фармакологических препаратов наибольший опыт применения имеют антидепрессанты. Принят консенсус о том, что антидепрессанты эффективны при ПТСР.

Результаты первого контролируемого исследования лечения ПТСР трициклическими антидепрессантами были опубликованы в 1986 году, был сделан вывод, что первичной в лечении ПТСР должна быть психотерапия.

Было показано, что эффективно лечение ПТСР *трициклическими антидепрессантами и ингибиторами моноаминовой оксидазы* (относительно ночных кошмаров, навязчивых воспоминаний, флэшбеков). Рекомендуемые дозы для взрослых такие как и для лечения депрессии с продолжительностью 8 недель.

Алпразолам не эффективен при симптомах ПТСР за исключением тревожности. Более эффективен ингибитор моноаминовой оксидазы – *фенелзин*, который эффективен при симптомах ПТСР (ночные кошмары, инсомния, флэшбеки) у 82% больных, но без эффекта в отношении депрессии, тревожности и панических атак.

При сравнении эффективности *имипрамина* и *фенелзина* с плацебо в контролируемых исследованиях было показано, что *фенелзин* более эффективен, – правда, в другом исследовании такого преимущества выявлено не было.

При нарушениях автономной вегетативной нервной системы, наличии панических атак используют *вальпроат, карбамазепин, литий* – в большинстве случаев в течение 5–8 недель.

Они являются основой стандартного лечения. Положительный эффект наблюдается при применении *бета-адреноблокаторов (пропранолол), трициклических антидепрессантов, седативных нейролептиков*.

Используются адреноблокаторы такие как *пропранолол* и *клонидин*. *Альфа-2 агонист клонидин* и *гуанфацин* и *бета-антагонист* пропранолола уменьшают симпатическую активность и могут проявлять эффективность при импульсивности.

Используя относительно малые дозы *клонидина*, выявили значительное улучшение тревоги, настроения, концентрации внимания, поведенческой импульсивности.

Наблюдался эффект *гуанфацина* в отношении ночных кошмаров. Выявили, что *пропранолол* значительно уменьшает симптомы посттравматического стрессового расстройства при лечении длительностью 5 недель у 8 из 11 детей, подвергшихся сексуальному насилию.

Нейролептики, такие как *рисперидон, оланзапин, кветиапин* должны использоваться у детей, больных рефрактерной формой ПТСР, в качестве резерва.

Считают, что *серотонергические средства (буспирон)* могут оказывать влияние на серотонергическую дисрегуляцию, включающую тревожность, депрессивное настроение, obsessивные мысли, компульсивное поведение, аффективную импульсивность, бессонницу, флэшбеки.

Эффективным препаратом в лечении ПТСР зарекомендовал себя *карбамазепин*.

Ранее этот препарат использовался как противосудорожное средство.

Положительное действие отмечено относительно ночных кошмаров, навязчивых воспоминаний, флэшбеков. Полученные данные на основании доказательной медицины плацебо-контролируемые, с двойным слепым исследованием.

По мнению В.М.Волошина синдромальная структура расстройств, удельный вес тревожно-депрессивной симптоматики, тип ПТСР и вари-

ант течения болезни являются критериями для выбора дифференцированной, синдромально направленной фармакотерапии:

- а) для апатического типа ПТСР предпочтительно сочетание *пароксетина и карбамазепина*;
- б) для тревожного типа ПТСР показано назначение *тианетизина* в сочетании с *карбомазепином*;
- в) дисфорический тип ПТСР определяет назначение *сертралина* и *карбамазепина*;
- г) при соматоформном типе ПТСР в равной степени эффективна терапия *сертралином* и *тианептином* в сочетании с малыми дозами *карбамазепина*.

Мягким седативным эффектом обладают средства растительного происхождения: препараты *валерианового корня, травы пустырника*.

Следует повторить, что, по мнению ряда авторов, медикаментозная терапия является полезным дополнением к различным видам психотерапии, так как она облегчает ее проведение и способствует успеху реабилитации.

Выздоровление является длительным процессом, прогресс имеет постепенный характер. Ребенок должен знать об этом. Не стоит надеяться на выздоровление за короткий промежуток времени.

Важно помнить, что большинство людей с ПТСР, несмотря на свои страдания и высокий уровень тревожности, добровольно за помощью не обращаются. Убедить их начать и не бросать лечение могут родные, друзья и представители общества, к примеру, священник, учитель, коллеги. Резонно ожидать, что лечение будет тем успешнее, чем раньше оно начнется.

Как свидетельствует практика, все люди, перенесшие войну, репрессии, пытки, физическое и сексуальное насилие, нуждаются в психологическом обследовании и в активной психотерапевтической помощи, даже если они не предъявляют жалоб на свое состояние. Консультации других специалистов необходимы (и даже обязательны) при наличии у ребенка нервно-психического, соматического, психосоматического заболевания до выявления ПТСР.

ПРОГНОЗ

Благоприятный прогноз зависит от раннего обнаружения симптоматики, хорошей социальной адаптацией до стресса (семейной, школьной), наличия разнообразной поддержки в период переживания стресса (семейной и вне семьи). Прогноз также зависит от того, как быстро развивается симптоматика (чем быстрее от времени травмы и «компактней», тем лучше), от хорошей социальной адаптации в преморбиде, от отсутствия сопутствующих психических и психосоматических заболеваний.

ОЖИРЕНИЕ

Ожирением называется избыточное отложение жировой ткани с увеличением массы, при этом речь может идти как об организме в целом, так и об его отдельных частях и органах, но чаще всего имеется в виду увеличение подкожного жирового слоя с увеличением массы тела.

Результаты многочисленных исследований свидетельствуют, что ожирение является фактором риска возникновения и развития сердечно-сосудистых заболеваний (атеросклероз, гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда и т. д.), эндокринных нарушений (сахарный диабет), бронхиальной астмы, желчнокаменной болезни, атеросклероза, заболеваний суставов, в значительной степени оказывает влияние на развитие онкологических заболеваний, половую функцию, сопряжено повышенной уязвимостью к различным факторам и снижением сопротивляемости организма.

Оно негативно сказывается и на продолжительности жизни, и на ее качестве. Сокращение продолжительности жизни у людей с избыточным весом подтверждено результатами статистических исследований. Так, установлено, что люди с ожирением II степени живут в среднем на 5 лет меньше по сравнению с лицами с нормальным весом, а при ожирении III степени – на 10–15 лет.

Подсчитано, если добиться, чтобы в популяции не было людей с избыточным весом, то только это, с учетом распространенности данного состояния, увеличило бы среднюю продолжительность жизни на 4 года, тогда как искоренение рака увеличило бы среднюю продолжительность жизни населения на один год. Таким образом, в настоящее время многие страны испытывают «двойное» бремя болезней, обусловленное, с одной стороны, ростом заболеваемости по многим группам патологии, а с другой – растущей частотой ожирения среди населения, способствующего сокращению продолжительности жизни.

В последние десятилетия весьма распространена ситуация, когда ребенок или подросток по 4–8 часов в день проводит дома за книгами, у телевизора/компьютера и бессознательно прибегает к поглощению неадекватного потребности/потреблению большого количества высококалорийной пищи для погашения своих побуждений и снятия напряжения. На фоне гиподинамии такие дети в скором времени приобретают избыточную массу тела. Как показывает опыт, им потом трудно изменить свой образ жизни, без чего невозможно вернуть и прежний вес.

Имеются сведения, что количество жировых клеток закладывается у человека к 3-м годам, а далее они преимущественно растут в размерах. Избыточный вес в детстве часто сохраняется и у взрослого, а ряд физических и эмоциональных проблем, взаимосвязанных и сопровождающих ожирение, особенно у женщин, может длиться всю жизнь. Установлено, что у детей, которые имели избыточный вес в возрасте до 6 лет, вероятность ожирения во взрослом состоянии составляет 50%, у подростков эта вероятность увеличивается до 80%.

Таким образом, с точки зрения медиков оптимально, чтобы человек имел вес, близкий к идеальному, – что, снизив риск развития целого ряда заболеваний, увеличит среднюю продолжительность жизни. Все это позволяет отнести ожирение числу актуальных медико-социальных проблем.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Ожирение угрожает человеку в любом возрасте. Во многих экономически развитых странах оно становится все более и более частым явлением: в среднем массу тела, превосходящую максимально допустимую, имеет каждый 3-й житель.

В 1998 году в мире было зарегистрировано 250 миллионов больных ожирением, что составляет 7% от взрослого населения земного шара. Всемирная организация здравоохранения была вынуждена рассматривать сложившуюся ситуацию с ожирением в мире как эпидемию, охватившую миллионы людей. Всплеск заболеваемости в развитых странах пришелся на конец 80-х – начало 90-х годов, и сейчас там уже 15% детей и подростков в возрасте от 6 до 19 лет страдают ожирением и 25% – имеют избыточную массу тела. Среди детей в возрасте до 5 лет в 2005 году в мире избыточный вес имели по меньшей мере 20 миллионов.

Если в настоящее время в развитых странах мира каждый четвертый подросток имеет избыток веса, а около 15% подростков страдают ожирением, то в нашей стране нынешняя ситуация соответствует той, что фиксировалась в начале роста этого состояния в странах Запада: ожирение имеют 5,5% детей, проживающих в сельской местности, и более 8% из тех, кто живет в городах; ожирение определяется у 8% мальчиков от 12 до 18 лет и у чуть более 10% девочек того же возраста.

В большинстве стран Западной Европы от 9 до 20% взрослого населения имеют ожирение (индекс массы тела более 30) и более четверти – избыточную массу тела (индекс массы тела более 25). На территории СНГ среди лиц трудоспособного возраста ситуация аналогична.

В США ожирение имеют более 34 миллионов человек. Этим заболеванием страдают 35% женщин и 31% мужчин старше 20 лет, а так же 25% детей и подростков. По одним данным, ожирение, как социальная

и медицинская проблема, обходится американским налогоплательщикам от 49–70 млрд., по другим – 117 миллиардов долларов в год. От осложнений ожирения в этой стране умирает около 300 000 человек ежегодно.

В США в интервале с 1976 по 2000 год количество детей в возрасте 6–11 лет с превышением веса выросло с 7 до 15% и с 5 до 16% – 12–19 лет.

В Европе в Великобритании ситуация близкая, хотя и отличная от таковой в США: 24% женщин и 37% мужчин имеют индекс Кетле от 25 до 30 кг/м², но у 12% женщин и у 8% мужчин индекс Кетле превосходит 30 кг/м². Эта проблема обходится государству в 12 млрд. фунтов стерлингов ежегодно и составляет около 10% расходов на все здравоохранение.

При этом западные авторы вынуждены констатировать, что распространяющиеся в последние десятилетия программы обучения населения, призванные ориентировать жителей на рациональное питание и активный образ жизни, не остановили установившихся тенденций к росту частоты ожирения. Обращает на себя внимание и тот факт, что рост частоты ожирения в странах Запада происходит на фоне снижения средней калорийности и средней жирности питания. Данное явление, обнаруженное впервые в эпидемиологических исследованиях, проводимых в Америке, получило название «Американского парадокса». Предполагают, что явление это отчасти может быть обусловлено отмечающимся в современном обществе сокращением энергетических затрат, в связи с изменением соотношения физического и умственного труда в пользу последнего.

Зависимость частоты ожирения от возраста – общеизвестна: она минимальна у детей и подростков, далее она растет как у мужчин, так и у женщин, достигая пика к 45–55 годам, в пожилом и старческом возрасте частота ожирения снижается, что по мнению большинства ученых, является мнимым и обусловлено не обратным развитием жировых накоплений, а уменьшением мышечной массы при сохранении жировой, а также меньшей продолжительностью жизни полных людей.

В эпидемиологических исследованиях отчетливо выявлена высокая роль семейной предрасположенности к развитию ожирения. Установлено, что степень выраженности ожирения у детей довольно четко коррелирует с ожирением у их родителей и связь эта сильнее, чем связь ожирения у детей с потребляемой ими энергией или двигательной активностью.

ДИАГНОСТИКА И КЛАССИФИКАЦИЯ

Различают местное и общее ожирение. При местном ожирении жир откладывается в подкожной клетчатке в виде липом, но наибольшее распространение имеет именно общее.

Ранее применяли весьма несовершенную формулу для приблизительной оценки степени ожирения, согласно которой вес тела человека (в кг) должен быть равен росту (в см) минус 100. В норме, колебания веса, вычисленные по данной формуле, не должны превышать ± 10 (что зависит от конституции, степени развития мускулатуры, возраста, пола).

Степень ожирения устанавливается также путем сравнения фактического веса с должным, нормальным весом, соответствующим росту и сложению пациента. Для вычисления же должного веса используют одну из приведенных ниже формул.

По формуле Брока нормальный вес в килограммах при росте от 155 до 165 см, равен количеству сантиметров, превышающему 1 м роста, от 165 до 175 см вычитают 105 см, от 175 до 185 см – 110 см.

Классические показатели – рекомендуемая Брокром масса тела в килограммах равна росту в сантиметрах минус 100, – сегодня считаются завышенными. Идеальная масса тела для мужчин меньше этих показателей на 10%, для женщин – на 5%.

Согласно формуле Борнгардта нормальный вес в килограммах равен показателю роста, умноженному на частное от деления объема груди (в см) на коэффициент 240.

Для более точной, индивидуализированной цифровой оценки степени ожирения в настоящее время используют специальные таблицы определения идеальной массы тела, в которых учитываются пол, возраст, рост, конституция большого или индексы (индексы Брока, Борнгардта и др.).

Простой, рекомендуемый для использования показатель соотношения веса к росту, широко используемый для классификации состояний избыточного веса и ожирения у групп взрослого населения и отдельных лиц – индекс массы тела (ИМТ). Для его определения вес в килограммах делят на квадрат роста в метрах ($\text{кг}/\text{м}^2$). ИМТ – эффективный способ измерения избыточного веса и ожирения на уровне популяций, так как он применим к обоим полам и ко всем возрастам взрослых людей. Однако и его следует рассматривать лишь в качестве приблизительного ориентира, так как он может не соответствовать одинаковой степени тучности у разных людей. Нормальные показатели индекса массы тела составляют 20,0–24,0.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, «избыточный вес» соответствует ИМТ, равному или превышающему 25, а «ожирение» – равному или превышающему 30.

Различают первичную, обусловленную алиментарным (связанным с погрешностями в питании, в частности, с перекормом) и экзогенно-конституциональным (связанным с наследственностью) факторами, и вторичную формы ожирения, последняя обусловлена различными

врожденными или приобретенными поражениями центральной нервной системы и желез внутренней секреции. Это деление и положено в основу общепринятой классификации ожирения.

На первичное ожирение приходится приблизительно 75% всех случаев ожирения. Основные причины первичного ожирения – переизбыток и малоподвижный образ жизни, а именно – в том случае, когда общая калорийность пищи превышает энергозатраты. Предрасполагающие факторы изучены недостаточно. Распространенность семейных случаев ожирения свидетельствует о роли как генетических, так и средовых факторов. Причиной ожирения может быть также переизбыток при эмоциональном стрессе.

Первичное ожирение – одна из самых распространенных болезней в развитых странах. В США первичное ожирение – самое частое из нарушений обмена веществ.

Самая многочисленная группа среди лиц с избыточной массой тела – это пациенты с алиментарно-конституциональным ожирением. Термин алиментарно-конституциональное ожирение означает, что избыточное отложение жира у таких пациентов происходит из-за наследственной, генетически закрепленной предрасположенности, а также из-за неправильного питания. Как правило, это неумеренное употребление легко усваиваемых углеводов – сахара, конфет, винограда, изделий из белой муки и так далее. Ожирение в таких случаях развивается из-за несоответствия энергопоступлений энергозатратам.

Первичное ожирение следует отличать от вторичного, развивающегося при различных заболеваниях, например при нарушении функций желез внутренней секреции. Среди вторичных форм значительное место занимают гипоталамическое (связанное с патологией гипоталамической области) и эндокринное ожирение. К эндокринным формам относят адипозогенитальное ожирение, ожирение, обусловленное гипопункцией щитовидной железы (гипотиреоз, микседема), а также ожирение при опухоли передней доли гипофиза. Вторичное ожирение наблюдается менее чем у 1% больных. Вторичное ожирение у детей часто сопровождается низкорослостью или замедлением роста.

Особо следует отметить, что, несмотря на то, что фактически любые формы ожирения протекают с нарушением гипоталамических функций, термин «гипоталамическое ожирение» относится лишь к некоторым разновидностям вторичного ожирения.

Из эндокринных причин, приводящих к ожирению, наиболее актуальны заболевания щитовидной железы с развитием гипотиреоза, а также заболевания половых органов со снижением их функции (гипогонадизм) и заболевания надпочечников с повышением их функции (гиперкортицизм).

В зависимости от степени превышения массы тела от ее должествующей величины различают 4 степени ожирения:

I степень – превышение на 20–29%;

II степень – на 39–49%;

III степень – на 59–99%;

IV степень – на 100% и более.

У детей наличие избыточной массы тела и ожирения оценивают по так называемым центильным (процентным) таблицам, отображающим соотношение массы тела к росту. Таблицы составлены с учетом возраста и пола ребенка. Так, исходя из этих таблиц, мальчик ростом 104 см должен весить от 15,8 кг до 17,5 кг, а девочка того же роста – от 15,5 кг до 17,3 кг.

Поскольку данные таблицы несколько сложны для восприятия, ими в основном пользуются врачи. Родители же, чтобы приблизительно оценить, нормальный ли у ребенка вес, могут пользоваться следующими величинами: в возрасте 4,5–6,0 мес. происходит удвоение массы тела по сравнению с массой тела при рождении, утроение достигается к году, т.е. к полугодию масса тела ребенка, в среднем, достигает 8 кг, а к году 10,0–10,5 кг. В дальнейшем прибавки массы тела должны составлять около 2 кг в год, а в период полового созревания могут достигать 5–8 кг.

Дети с избыточным весом должны регулярно обследоваться на предмет выявления сопутствующей патологии – состояний развития, которым способствует ожирение: диабет, обструктивное апноэ сна (сопутствует избыточному весу при тимомегалии), болезни кожи, связанные с весом ортопедические проблемы, желчекаменная болезнь, депрессия и факторы кардиального риска.

Таким образом, при всей первоначально кажущейся очевидности, диагноз ожирения довольно сложен. За клиническим полиморфизмом сопутствующих ожирению состояний стоят различные патофизиологические механизмы, которых несколько, соответственно тенденция рассматривать это состояние не как единый синдром, а как совокупность различных расстройств – не безосновательна, соответственно и деление ожирения исключительно на экзогенное и эндогенное – несколько сужает проблему и не совсем точно.

ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ

Среди общеизвестных причин возникновения ожирения обычно указываются:

- нерациональное питание;
- недостаточная подвижность, малая физическая активность;
- неадекватная реакция на стрессовые ситуации;
- чрезмерно долгий сон, сон в дневное время;

- применение гормональных препаратов;
- другие причины.

Для облегчения в определении патогенетических подходов в терапии данного состояния клиницисты пользуются своими классификациями причин ожирения. Вот одна из таких классификаций:

- метаболические факторы;
- воздействие окружающей среды;
- эндокринопатии;
- нарушения регуляции аппетита;
- адипозоклеточная пролиферация;
- психологические факторы;
- действие лекарств;
- прочие.

Но, как следует из наличия разделов «и другие» и «прочие», спектр причин развития ожирения гораздо многообразней, а патогенез – гораздо сложнее, нежели приводимая, чаще всего спонтанно, логическая цепочка причинных факторов.

Обобщая накопленные на данный момент знания, в целом можно заключить, что если рост человека в основном обусловлен генетически, то масса тела, при равных условиях, в значительной степени зависит от внешних обстоятельств. Исследования, проведенные среди усыновленных детей и близнецов, позволяют заключить, что при определенных формах ожирения действует фактор предрасположенности. Наследственная предрасположенность, скорее всего, проявится самыми выраженными изменениями. Остается открытым вопрос – в чем заключается фактор риска: в силе «пищевого влечения», в липофильности тканей, в личностных изменениях со снижением влечений и двигательной пассивностью, в тенденции «заедать» стресс от сложных ситуаций, в приглушении чувства насыщения или в других механизмах и их сочетаниях.

Наряду с наследственными факторами, огромное значение имеют стереотипы поведения и питание в раннем детстве, влияющие как на тело, так и на личность. Если увеличение объема жировой ткани в раннем детстве происходит за счет увеличения числа жировых клеток, как утверждает упомянутая гипотеза, то ребенок с избыточной массой тела уже к 3-м годам имеет больше жировых клеток, чем нормальный ребенок, и здесь может иметь значение взаимодействие с воспитателями и в первую очередь с матерью. У многих детей еще в грудном возрасте проявляется первичный опыт, переходящий с ними при закреплении в более старший возраст, согласно которому всякое неудовольствие и состояние напряжения легче всего снимаются оральным удовольствием. Закрепление этого опыта и приобретение им в последующем характера господствующего модуса поведения в сложных ситуациях, навязчивой при-

вычки, зависит от наличия других соматических и психических факторов и в значительной степени от воспитательных моментов.

Энергетический дисбаланс между потребляемыми калориями с одной стороны и расходуемыми калориями с другой – является основной причиной ожирения и избыточного веса. По заключению специалистов, в основе роста показателей избыточного веса и ожирения в мире лежат несколько факторов, включая:

- глобальное изменение питания в сторону повышенного потребления энергоемких продуктов питания с высоким содержанием жира и сахаров и низким содержанием витаминов, минералов и других питательных микроэлементов (последнее может стимулировать организм к компенсации недостатков качества пищи ее объемом);

- тенденцию к снижению физической активности в связи с сидячим характером многих видов деятельности, изменением способов получения пищи, форм ее обработки.

Но здесь следует выделить еще и третью причину: изменения характера питания и физической активности не соответствуют генетически закрепленному эволюцией физиологическому коридору адапционных механизмов человека как вида, – что и объясняет распространение данного явления в глобальном масштабе и уточняет необходимые акценты в терапевтических подходах, их сроках, а также требует уточнения наполнения понятия «здоровый образ жизни» с позиций «здоровое питание» и «оптимальная физическая нагрузка».

Из ранее приведенных фактов следует, что ожирение у детей связано с повышением вероятности инвалидизации в зрелом возрасте и преждевременной смерти.

Ожирение может начаться в любом возрасте (у взрослых же – чаще в 40 лет, у женщин – после беременности).

В ходе развития ребенка жировые отложения претерпевают свою закрепленную эволюцией качественную, количественную и топографически не однородную эволюцию от периода внутриутробного развития и новорожденности и до взрослого состояния. Жировые депо (подкожная жировая клетчатка, сальник, околопочечная клетчатка и т.д.) заполняются неравномерно. Жир определенных качественных характеристик интенсивно образуется в конце внутриутробного периода развития ребенка и в течение первых 9 месяцев жизни, когда он полностью заменяется на жир иных качественных параметров, затем наступает своеобразная стабилизация процесса, с некоторым подъемом к 5–7 годам и снова активно накапливается в тканях в период полового созревания.

Известно, что процессу нормального роста ребенка свойственны чередующиеся периоды вытягивания и округления (когда происходит накопление ресурсов для следующего рывка в росте).

В процессе развития ребенка после появления на свет выделяют 3 критических периода, когда вероятность развития ожирения значительно возрастает:

- 1 – ранний детский возраст (0–3 года),
- 2 – дошкольный возраст (5–7 лет),
- 3 – подростковый возраст, или период полового созревания (с 12–14 лет до 16–17 лет).

Чаще всего манифестация ожирения в детстве происходит с 2 лет, а затем – в 10–16 лет – в период полового созревания.

Каждый человек рождается с конкретным количеством адипоцитов. Как упоминалось, согласно имеющимся данным, количество адипоцитов наиболее интенсивно растет в первые 3 года и в дальнейшем нарастание жирового слоя идет преимущественно за счет размеров этих клеток, максимальное количество клеток достигается к пубертатному периоду. Далее же эти клетки растут только в размерах, а соответственно влиять можно только на их размер, но не количество (если только это не хирургическое вмешательство, которое в детском возрасте не показано). Набор массы клеткой все же не беспределен, при норме до 0,5 мкг, она редко превышает 1,5 мкг, а при ожирении колеблется от 0,7 до 1,0 мкг. Количество же их, при норме 30 миллиардов, может достигать 120 миллиардов. Можно предположить, что у различных индивидуумов, при различных состояниях, в различные периоды, как возраста, так и процесса, соотношение роста количества и размера этих клеток может варьировать. Но совершенно однозначно, что постоянное переедание у детей раннего возраста влечет за собой бурное и чрезмерное размножение этих клеток и накопление в них жира, так как это основное их предназначение.

В группу риска по ожирению входят:

- дети, родители которых страдают ожирением или избыточной массой тела (при этом речь идет не только о генетических факторах, но и об укладе семьи, традициях питания и образа жизни, пищевых предпочтениях);
- дети, родственники которых страдают (или страдали) сахарным диабетом или другой эндокринной патологией;
- дети и подростки с избыточной массой тела;
- дети, рано переведенные на искусственное вскармливание (особенно несбалансированными высококалорийными смесями);
- недоношенные и маловесные дети;
- дети с наследственными заболеваниями и эндокринной патологией.

При анализе факторов риска и причин ожирения обойдены вниманием гельминтозы. А между тем правомочно предположить, что на на-

чальных стадиях развития кишечного гельминтоза, пока не развилась выраженная интоксикация с подавлением аппетита, организм будет стараться компенсировать недостаток поступающих с пищей биологически активных микронутриентов объемом съедаемого, при этом избыток калорий будет откладываться в виде жира. В практике постоянно приходилось сталкиваться с фактами, когда у детей с избыточным весом и признаками гельминтоза после курса противогельминтной терапии с восстановлением биоценоза кишечника снижался вес. Среди причин такого явления, помимо восстановления нормального функционирования органов пищеварения, можно указать и увеличение физической активности ребенка в связи с прекращением сопутствующей гельминтозам хронической интоксикации.

В 1 год жизни у детей количество жира удваивается, это является важным ориентиром для заключения о наличии риска формирования ожирения в дальнейшем у детей, особенно рожденных от родителей с избыточной массой тела.

При наличии ожирения у обоих родителей риск развития ожирения в перспективе составляет 80%, у одного из родителей – 40% (ожирение у ребенка, в том числе и новорожденного, отчетливее коррелирует с массой тела матери, а не отца), в то время как у детей родившихся в семьях с нормальным весом тела он составляет 10%. Необходимо постоянно помнить о высокой вероятности развития ожирения при наличии у родственников ребенка ожирения, а также сахарного диабета, гипертонической болезни, особенно если эти заболевания в любом сочетании имеются у трех ближайших родственников, например: у отца, матери и у бабушки.

Риск развития ожирения у детей, рожденных от родителей с избыточной массой тела, как показали исследования, увеличивается в 4 раза в том случае, если масса тела ребенка на протяжении первых трех лет жизни выше 85 перцентиля. При этом грудное вскармливание – существенный фактор профилактики ожирения: чем дольше мать кормит грудью, тем ниже риск ожирения.

Вполне закономерно, что если ранее, на протяжении многих лет основным предметом исследования питания детей грудного возраста было изучение норм потребления отдельных пищевых веществ, адекватности вскармливания для обеспечения роста и развития, то в последние годы наблюдается заметное смещение интереса в исследованиях в направлении изучения влияния питания на ранних этапах развития на состояние здоровья в последующие годы жизни.

Возраст от 3-х до 10-ти лет жизни не менее важен для профилактики избыточной массы тела в будущем. Около половины детей, имеющих избыточную массу тела в возрасте 5–7 лет, остаются с ней на всю оставшуюся жизнь. Этот риск возрастает в 3–10 раз, если масса тела

ребенка более 95 перцентиля для данного возраста. Имеются данные, что для этого возрастного периода риск развития ожирения, если оба родителя страдают ожирением, составляет 75%, при нормальной же массе тела родителей он колеблется от 25 до 50%. Следует отметить, что у детей этой возрастной группы пищевые поведенческие реакции легко поддаются коррекции, а соответственно возможна профилактика прогрессирования ожирения, сопровождающегося увеличением объема жировых клеток в организме.

И в подростковом возрасте масса тела дает возможность прогноза дальнейшего развития ожирения: при массе тела на уровне 95 перцентиля у подростков по сравнению со сверстниками риск развития ожирения в 5–20 раз выше.

Установленная во многих исследованиях связь социально-экономического статуса с частотой ожирения приводит многих исследователей к убеждению в том, что социальные варианты являются наиболее важной детерминантой ожирения.

При всех видах ожирения имеются нарушения гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы той или иной степени, что находит проявление в увеличении секреции адренокортикотропного гормона, скорости продукции кортизола с ускорением его метаболизма. Секреция соматотропного гормона, обладающего липолитическим действием, снижается, нарушается секреция гонадотропинов и половых стероидов. Характерна гиперинсулинемия на фоне снижения эффективности действия инсулина. Страдает метаболизм тиреоидных гормонов и чувствительность к ним периферических тканей. Гипоталамические нарушения обуславливают как гормональные нарушения, так и изменение поведенческих реакций, особенно пищевого поведения.

Исследователи особо акцентируют внимание на психологическом факторе, как причине ожирения, при этом отмечается, что имеются ситуации, когда психологические проблемы, а не аппетит, являются определяющими в развитии ожирения. Ключевыми признаками в таких случаях является – чрезмерное потребление пищи *при отсутствии чувства голода*.

Выделяют два характерных синдрома:

1) синдром ночной еды с утренним отсутствием аппетита и чрезмерной едой по вечерам с последующей бессонницей (выявляется у 10% женщин с ожирением);

2) синдром приступов обжорства при конфликтах и простых затруднениях со стремлением к поглощению огромных количеств пищи с последующими страхами, депрессией и чувством вины.

При обоих синдромах отмечают учащение невротических признаков и склонности к конфликтам.

Анализируя роль соматических и психических факторов в этиологии ожирения, следует исходить из того, что факторы, которые приводят к ожирению у одного индивидуума, могут быть несущественны для другого. Это находит отражение в пестроте психологического фона данного контингента, что и отражает различие причин.

Не представляется возможным описать единую структуру личности при ожирении, в том числе при его психосоматических вариантах. Среди полных людей часто встречаются лица со снижением влечений. Некоторые авторы находили среди них большое число перенесших травму мозга. Но в некоторых случаях это очень живые и активные люди с поверхностными контактами и инфантильными притязаниями. Они склонны к близости и симбиотическому поведению с другими людьми, легко привыкают к ним и позволяют быстро сблизиться с собой. Разлука для них невыносима, как это часто бывает у людей с эксцессивной, малодифференцированной оральностью.

Часто у таких людей тестом ММРІ выявляются признаки депрессии, озабоченность состоянием своего тела, фобии, импульсивность, социальная интроверсия и защитные тенденции. Пациенты с ожирением предпочитают профессии, связанные с питанием, в противоположность обследованной контрольной группы, отдающим предпочтение более интеллектуальным профессиям. Дети, склонные к полноте, описываются обычно как незрелые, рецептивные, зависимые от матери. Они не испытывают чувства обезображивания своего тела, в чем они сходны с пациентами с противоположным состоянием – анорексией.

Представители психосоматической медицины уделяют больше внимания не пациентам, у которых имеется хроническое увеличение массы тела, а тем молодым людям, у которых наблюдается смена фаз прожорливости и голодания с внезапным увеличением массы тела. Прием пищи у них происходит импульсивно, в ситуациях напряженности и конфликтов. Психосоматические или невротические категории среди ожиревших, т.е. тех, которые не соблюдают элементарную диету, составляют одну треть всех страдающих ожирением. Большинство пациентов с ожирением говорят о себе: «На самом деле я ем мало, меньше других!» Они не лгут, когда говорят это, а искренне заблуждаются. Настроение у них часто ассоциируется с элементарным желанием что-либо съесть и приводит часто к автоматическому, непроизвольному поглощению пищи. Соизмеряя количество пищи с внутренней, субъективной потребностью, а не с реальной, физической потребностью в калориях, исходя из их образа жизни, они всегда считают, что съели еще мало. В результате и возникла патогенетическая концепция, согласно которой при ожирении страдает чувство насыщения при еде.

Многие взрослые, страдающие избыточным весом, главной причиной своих проблем с весом указывают схемы поведения, усвоенные ими еще в детстве.

Большой интерес представляют результаты беспрецедентного по масштабам исследования 11 тысяч детей, проведенного в Англии, которое позволило установить, что у маленьких детей, которым родители позволяют смотреть телевизор более двух часов в день в выходные, увеличивается риск развития ожирения с возрастом. При этом риск ожирения с возрастом растет на 7% за каждый дополнительный час, проводимый пятилетними детьми в выходные у телевизора. Мониторинг детей, родившихся в апреле 1970 года проводился на протяжении 30 лет с момента рождения. Тогда существовало всего 3 телевизионных канала. В то время как большинство детей в возрасте 5 лет смотрели телевизор менее двух часов в день, некоторые сидели у телевизора по четыре и более часов, и именно у этой категории развилось ожирение, когда они выросли. Было установлено, что повышением риска не сопровождался просмотр телевизионных программ после 18 часов, не зависимо от количества дней и характера программ. На сегодняшний день более 30% детей проводят за просмотром телевизионных программ более 5 часов в день, в то время как еще 20 лет назад таких детей было вдвое меньше.

Итак, негативные последствия проявляются в том случае, если телепередачи отнимают у ребенка два часа и более каждый день уикенда. Авторы объясняют такой результат воздействия просмотра телевизора в выходные дни тем, что происходит замена игр на свежем воздухе и иной физической активности, формируется модель сидячего образа жизни со снижением основного обмена, которая сохраняется в будущем. Помимо указанного, сказывается и увеличение потребления высококалорийных продуктов под влиянием просмотра телерекламы, так как более 90% рекламируемых с телевизионных экранов продуктов питания являются высококалорийными, состоящими из легкоусвояемых углеводов, и это при том, что обычно дети с ожирением недооценивают количество принятой ими пищи и убеждены, что съедают меньше, чем их здоровые сверстники.

Установлено, что курение матери в период беременности также сказывается на вероятности развития ожирения у ребенка. Так, среди детей, чьи матери курили во время беременности, распространенность ожирения составила 6,2%, среди же тех, чьи матери курили до и до и после беременности она была 4,5%, в то время как среди детей, чьи матери впервые закурили уже после родов, ожирение встречалось у 1,6%, что же касается детей от никогда не куривших женщин – этот показатель составил 2,8%. Таким образом, риск развития ожирения у

детей, чьи матери курили во время беременности, составляет 1,92, что выше, чем у детей, чьи матери не курят вообще – 1,74.

В группе матерей, которые продолжали курить во время беременности, дети с низкой массой тела рождались в 2 раза чаще, кроме того, в 2 раза чаще приходилось прибегать к искусственному вскармливанию.

Как возможная причина указывается воздействие никотина на растущий плод через допаминовую и серотониновую системы нейромедиаторов, что сопряжено с нарушением врожденных рефлексов кормления и насыщения. Подавление рефлекса насыщения приводит к перееданию и ожирению. Хотя можно предположить, что когда мы имеем дело с рождением никотинозависимых детей от курящих матерей, то ребенок может через древний ведущий для него пищевой инстинкт инстинктивно стараться едой «забить» проявления абстиненции, сопутствующей падению никотина у него в крови после изоляции его организма от материнского в связи с рождением.

Соответственно, ожирение угрожает человеку в любом возрасте. На развитие большинства форм этого заболевания влияет сразу несколько факторов. Роль ряда генетических факторов в прогрессировании ожирения на сегодняшний день установлена однозначно. Практически у каждого второго тучного ребенка один из родителей имеет нарушение жирового обмена, приблизительно у трети оба родителя страдают ожирением или избыточной массой тела.

Но совершенно очевидно, что независимо от причин масса тела увеличивается из-за нарушения баланса между поступлением энергии и ее расходом. Чаще всего ожирение все же является следствием переедания, но может происходить и из-за изъянов в контроле расхода энергии, как это бывает при уходе спортсменов из спорта. Наши дети меньше двигаются, все больше времени тратят на просмотр телевизионных программ, видеоигры, компьютер, а вследствие этого уменьшается расход энергии. Нисколько не преуменьшая роль индивидуальной наследственно-конституциональной предрасположенности, а также возрастных, половых, психологических и иных упомянутых выше факторов, в последние годы специалисты констатируют возрастающую роль снижения физической активности в развитии ожирения у детей и взрослых. При этом необходимо обратить внимание, что в связи с урбанизацией произошло снижение объема физической активности существенно ниже уровня, необходимого человеку согласно генетической программе, не чьей-то индивидуальной наследственной программе, а эволюционно закрепленной на протяжении всего развития в генетической программе человечества, как вида. Причем это снижение произошло в столь короткие сроки, что человек, как вид, не успевает адаптироваться под требования условий новой повседневности. Подтверж-

дением тому и является рост частоты ожирения в мире и, прежде всего, в развитых странах. Таким образом, когда говорят о растущем, приобретающем характер эпидемии ожирении в рамках популяции, можно утверждать, что речь идет о состоянии, называемом нами дизадаптом, обусловленным диссонансом между эволюционно закрепленной потребностью человека как вида в определенном уровне, объеме физической активности, имеющей продолжение в метаболических механизмах во всем их спектре, потребностью в потреблении пищи в определенном количестве и регламентированного качества и реальным резким снижением необходимости в физической активности в настоящее время. Это требует воспитания у человека с детских лет установок на повседневную физическую активность в рамках стереотипов понятия «здорового образа жизни».

КЛИНИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Клинические проявления разных видов ожирения в основном сходны. Имеются различия в распределении избыточного жира в организме и в наличии или отсутствии симптомов поражения нервной или эндокринной системы.

Первичное ожирение встречается наиболее часто, обычно у лиц с наследственной предрасположенностью к полноте (экзогенно-конституциональное ожирение). Оно развивается в тех случаях, когда калорийность пищи превышает энергозатраты организма, и отмечается, как правило, у нескольких членов одной семьи. В общей популяции этим видом ожирения чаще страдают женщины среднего и пожилого возраста, ведущие малоподвижный образ жизни. При сборе анамнеза в анализе данных пищевого дневника с подробным выяснением суточного рациона обычно устанавливается факт систематического переедания. Для алиментарного ожирения характерно постепенное увеличение массы тела. Подкожная жировая ткань распределяется равномерно, иногда в большей степени накапливается в области живота и бедер. Признаки поражения эндокринных желез при этом отсутствуют.

Ко вторичному ожирению относится эндокринное ожирение, развивающееся у больных при некоторых заболеваниях желез внутренней секреции (например, гипотиреозе, болезни Иценко–Кушинга), в этих случаях в клинической картине преобладают симптомы эндокринного заболевания. Клинически при осмотре помимо ожирения, которое обычно характеризуется неравномерным распределением жира на теле, выявляются клинические признаки гормональных нарушений (например, маскулинизация или феминизация, гинекомастия, гирсутизм и др.), на коже обнаруживаются стрии.

Вторичное, гипоталамическое ожирение наблюдается при заболеваниях центральной нервной системы с поражением гипоталамуса, при опухолях, либо возникает после перенесенных травм и инфекций. Этот вид ожирения характеризуется быстрым развитием тучности. Отложение жира отмечается преимущественно на животе («фартук»), ягодицах, бедрах. Нередко состояние сопровождается трофическими изменениями кожи: сухость, белые или розовые стрии. Клинические проявления – например, головная боль, расстройства сна и данные неврологического обследования больного – позволяют установить наличие патологии головного мозга. Наряду с ожирением, как проявление гипоталамических расстройств наблюдаются различные признаки вегетативной дисфункции – повышение артериального давления, нарушения потоотделения, вегетативные кризы (например, адренергические).

Ожирение у детей, как и у взрослых, развивается на фоне наследственных особенностей и/или вследствие приобретенных нарушений обмена веществ и энергии. Как и у взрослых, у детей чаще всего встречается экзогенно-конституциональное ожирение, в основе которого лежит наследственная предрасположенность к избыточному отложению жира при нередком сочетании с семейными традициями к перееданию, а соответственно и к перекармливанию детей. Как уже упоминалось, женщины чаще передают по наследству свою склонность к ожирению, чем мужчины. При склонности матери к перееданию алиментарно-конституционального генеза или при наличии у ней эндокринопатий, ожирение у ребенка может развиваться уже внутриутробно, и тогда ребенок уже рождается с избыточным весом. Обычно же избыточное отложение жира начинается уже на первом году жизни и у мальчиков и девочек распространено неодинаково. Девочки рождаются с уже более развитой подкожной жировой тканью, чем мальчики; с возрастом это различие увеличивается, достигая максимума у взрослых, что обуславливает большую частоту ожирений у девочек и женщин.

В 10–14–16 летнем возрасте набор веса нередко связан с половым созреванием или нарушениями обмена веществ из-за проблем с нервной системой. В этих случаях необходима консультация эндокринолога и невропатолога, для того чтобы определиться в профилактических, а при необходимости и терапевтических мероприятиях.

Наиболее частой причиной ожирения у детей в данный возрастной период является гипоталамический синдром пубертатного периода (син.: юношеский гиперкортицизм, юношеский диэнцефальный синдром и др.). При этом виде ожирения характерно появление тонких стрий на коже бедер, грудных желез, ягодиц, внутренней поверхности плеч. Как правило отмечается повышение артериального давления, которое

носит преходящий характер; в некоторых случаях обнаруживаются признаки повышения внутричерепного давления. Последствия черепно-мозговой травмы и нейроинфекций как причина гипоталамического ожирения у детей встречаются реже.

Эндокринное ожирение у детей и взрослых наблюдается при тех же заболеваниях.

Диагноз обычно нетруден и устанавливается уже во время осмотра больного, уточняется после измерения роста и определения массы тела. Дифференциальную диагностику различных видов ожирения проводят на основе данных анамнеза, особенностей распределения отложений жира в организме, наличия клинических и лабораторных признаков поражения эндокринных желез. Диагноз болезненного липоматоза устанавливается при наличии болезненных при пальпации изолированных липом, вне которых избыточного отложения жира, как правило, не отмечается.

Общим признаком всех форм ожирения является избыточная масса тела. Выделяют четыре степени ожирения и две стадии заболевания – прогрессирующую и стабильную. При I степени фактическая масса тела превышает идеальную не более чем на 29%, при II – избыток составляет 30–40%, при III степени – 50–99%, при IV – фактическая масса тела превосходит идеальную на 100% и более.

Иногда степень ожирения оценивается по индексу массы тела, вычисляемому по формуле: масса тела (в килограммах)/квадрат роста (в метрах); за норму принимается индекс массы, составляющий 20–24,9 кг/м², при I степени – индекс 25–29,9 кг/м², при II – 30–40 кг/м², при III – более 40 кг/м².

Больные I–II степенью ожирения обычно жалоб не предъявляют. При более массивном ожирении III–IV степеней отмечаются изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, легких, органов пищеварения. Среди жалоб – слабость, сонливость, снижение настроения, иногда нервозность, раздражительность, тошнота, горечь во рту, одышка, отеки нижних конечностей, боль в суставах, позвоночнике. Нередко отмечаются – тахикардия, приглушенность сердечных тонов, повышение артериального давления. Может развиваться дыхательная недостаточность, обусловленная высоким стоянием диафрагмы. У больных ожирением нередко склонность к запорам, помимо упомянутых жалоб могут выявляться и другие признаки поражения гепатобилеарной системы: увеличение печени вследствие жировой инфильтрации, часты проявления хронического холецистита, хронического панкреатита. Как уже отмечалось, ожирение является фактором риска развития сахарного диабета, атеросклероза, гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, с которыми оно часто сочетается.

При гипоталамическом ожирении часто беспокоят повышенный аппетит, особенно во второй половине дня, чувство голода ночью, жажда. У женщин – различные нарушения менструального цикла, бесплодие, гирсутизм, у мужчин – снижение потенции. Нечистота и трофические нарушения кожи, мелкие розовые стрии на бедрах, животе, плечах, подмышечных впадинах, гиперпигментация шеи, локтей, мест трения, повышение артериального давления. При электроэнцефалографическом исследовании больных с гипоталамическим ожирением выявляются признаки поражения диэнцефальных структур мозга. Определение экскреции 17-ОКС и 17-КС часто выявляет их умеренное повышение.

Для дифференциальной диагностики гипоталамического ожирения и гиперкортицизма проводят малый дексаметазоновый тест, рентгенологическое исследование черепа и позвоночника.

При наличии жажды, сухости во рту определяют содержание сахара в крови натощак и в течение суток, но показаниям проводят глюкозотолерантный тест.

При нарушениях менструального цикла – гинекологическое исследование, ультразвуковое исследование органов малого таза, измерение ректальной температуры, другие тесты функциональной диагностики.

Изучение структуры личности людей с ожирением пока не внесло особой ясности, а также не выявило психологической причины ожирения.

Что касается личности такого человека, определенное согласие имеется в отношении следующего: таким людям свойственна зависимость, страхи и повышенный уровень депрессии. Хотя имеются работы, прямо противоречащие этому и утверждающие, что людям с ожирением свойственен низкий уровень депрессии. Выявленное противоречие может быть как раз следствием различных культурных традиций в оценках избыточного питания в популяциях, где были проведены данные исследования.

В то же время существуют ситуации, когда только исключительно психологические проблемы, а не аппетит, приводят к переяданию и ожирению. Среди психологических расстройств такого рода выделяют так называемую «вторичную выгоду», реактивное питание и булимия – их особенностью как раз и является чрезмерное потребление пищи при отсутствии аппетита. Вторичная выгода в данном случае подразумевает уход от ответственности, от разрешения каких-либо проблем и в оправдание тому – ожирение, при этом стремятся вызвать сочувствие, жалость, это может быть и попытка самоутверждения как крупного, а соответственно – сильного человека, а также проявлять меньше интереса к сексу, что также характерно для людей с избыточным весом. Реактивное питание – ответ на стресс или тревожное состояние, когда пища снижает состояние дискомфорта. Механизм развития этого состояния

остаётся неясным, а соответственно оно и трудно поддается коррекции, и такие люди с возрастом часто становятся клиентами хирургов. При булимии чувство самоконтроля падает настолько, что человек не в состоянии прекратить прием пищи. Пациентам с булимией свойственны недостаточная самокритичность, импульсивность, наличие стрессовых ситуаций в семье, причиной могут быть и неправильные эстетические установки в отношении тела, кроме того, периоды булимии могут провоцироваться физиологическими факторами, а также невозможностью достичь насыщения в связи с диетическими ограничениями. В последних двух случаях булимия приобретает циклический характер.

Было обнаружено, что имеется психологическое сходство между избыточным весом и дискриминацией по другим признакам.

Ребенок с ожирением, тем более при существующем навязанном массовой пропагандой эстетическом стереотипе красоты и привлекательности а-ля «Барби», подвергаясь насмешкам и остракизму со стороны сверстников, либо замыкается в себе, либо болезненно стремится к самоутверждению любым способом, в том числе через агрессию. В случае наличия поведенческого стереотипа в виде «заедания» проблем, он будет компенсировать ситуацию и увеличенным потреблением пищи. Личностные изменения, сопутствующие ожирению, сказываются на всей жизни, снижают степень самореализации, это особенно заметно после оказания психотерапевтической помощи таким людям. Так, в литературе описывается такой довольно типичный пример, когда девочка с избыточным весом едва решалась ходить по улицам, была совершенно беспомощной, когда над ней насмехались или дразнили. Составило большого труда заинтересовать ее профессионально и подобрать место учебы. В дальнейшем отмечались рецидивы ее тягостного психологического состояния до тех пор, пока она не была включена в группу самопомощи для пациентов с ожирением, там она приобрела поддержку и позже получила новую профессию, которой занимается с чувством своей значимости.

ЛЕЧЕНИЕ

Показания для снижения веса могут быть эстетическими и медицинскими. Нас интересуют прежде всего медицинские показания, которые должны определяться исключительно врачом. Он оценит развитие ребенка, его наследственность, динамику изменения массы тела и роста, выявит или исключит осложнения ожирения и сопутствующие заболевания. Если же проблема беспокоит исключительно только как эстетическая, то нужно помнить о том, что идеальных людей нет, как и не существует общепринятого понятия идеальной массы тела.

Гипоталамическое ожирение и другие виды эндокринного ожирения требуют обязательного обследования и лечения у эндокринолога.

Попытки похудеть только на диете и физкультуре у этих групп пациентов, как правило, бывают безуспешными. При эндокринном и гипоталамическом ожирении необходимо лечение основного заболевания: по показаниям – проведение заместительной гормонотерапии (при гипотиреозе – тиреоидные гормоны, при гипогонадизме – половые гормоны и т. д.).

При гипоталамическом ожирении, развившемся в результате перенесенной нейроинфекции, наряду с лечебным питанием иногда требуется противовоспалительная терапия.

При ожирении у детей с гипоталамическим синдромом пубертатного периода проводят дегидратационную терапию (например диакарбом), применяют препараты, нормализующие деятельность головного мозга (ноотропил, церебролизин, аминалон и др.).

Лечение болезненного липоматоза на современном этапе – малоэффективно; иногда липоматозные узлы удаляют хирургическим путем.

Лечение ожирения нельзя сводить к простому декларативному предписанию есть меньше и назначению снижающих аппетит средств. Последние могут оказаться вредны для здоровья, существует опасность их побочного действия, свойственного именно таким пациентам привыкания и неэффективности данных препаратов при дальнейшем длительном применении.

Лекарственные средства, снижающие аппетит, равно как и пищевые добавки, обладающие подобным действием, не показаны к применению у детей до 18 лет.

Самым лучшим общеврачебным мероприятием является жесткое и терпеливое руководство больным во всех аспектах лечебного режима, с открытым обсуждением проблем.

Есть мнение, что попытка раскрывающей психотерапии полезна только при чрезвычайно выраженных невротических симптомах и исходящих из личностных конфликтов душевных страданиях.

В нашей стране, ребенок с ожирением оказывается объектом внимания прежде всего участкового педиатра и детского эндокринолога, которые чаще всего имеют весьма отдаленное представление о том, как решать данные проблемы, и максимум, на что может рассчитывать такой пациент – это госпитализация в эндокринологическое отделение, суть которой сводится к исключению эндокринной патологии. В итоге часто такие дети получают в качестве рекомендации от врача только пожелание похудеть, но при отсутствии конкретных рекомендаций как это сделать, это пожелание остается не более чем декларацией. До сих пор не до конца осознается то, что лечение ожирения должно носить непрерывный характер, как лечение любого хронического заболевания. Соответственно, комплекс мер, направленных на активное уменьшение

избыточной массы тела, ни в коем случае не должен заканчиваться возвращением пациента к обычному для него и его семьи питанию и образу жизни. Он должен плавно переходить в комплекс мер, направленных на поддержание достигнутого результата.

На Западе имеется позитивный опыт создания профильных консультативных педиатрических центров «по контролю веса».

Дети с отягощенным семейным анамнезом по ожирению должны быть проконсультированы относительно образа жизни прежде всего их лечащим врачом. В том случае, если начальные усилия не увенчаются успехом, западные специалисты обычно рекомендуют лечение и обследование такого контингента в условиях упомянутых специальных педиатрических центров по контролю веса. В этих центрах имеются все специалисты и необходимые диагностические возможности для проведения дифференциальной диагностики состояния и проведения квалифицированного лечения согласно методикам, как оригинальным, так и имеющим международное признание, как разработанные Комитетом экспертов, созданным «Maternal and Child Health Bureau» и другими государственными агентствами, рекомендации по диагностике и лечению детей с избыточным весом. Согласно этим рекомендациям, ребенок с чрезвычайным избытком веса, даже без сопутствующих состояний, включая случаи выраженного ожирения у детей моложе 2 лет, также должен быть обследован в специализированном центре.

Дети с индексом массы тела выше 85-го перцентиля и сопутствующими состояниями – такими, как псевдоопухоль мозга, апноэ сна, гиповентиляционный синдром, ортопедические проблемы при ожирении – должны направляться на консультацию соответствующих специалистов. Выжидательная тактика, что ребенок перерастет ожирение, особенно у детей старше 5 лет, может усугубить имеющиеся физические и психологические изменения и осложнить дальнейшее лечение.

В основе лечения в таком центре по контролю веса лежат рекомендации по изменению образа жизни, правильному питанию и двигательной активности. Программы ведения, названные «здоровый вес», дифференцированы по возрасту: отдельно ориентированы на детей от 6 до 11 лет (8-недельная программа) и для подростков старше 11 (продолжительностью 1 год). В рамках этих программ практикуются еженедельные встречи детей и их родителей с педиатрами, диетологами, специалистами по лечебной физкультуре, при этом внимание акцентируется не только на диете и физической активности, но и на взаимоотношениях в семье.

Большое внимание в этих программах уделено просвещению пациентов и их родителей в отношении питания и побочных эффектов ожи-

рения, стимулированию реалистического отношения к потере веса. Семьи детей с неосложненным избыточным весом ориентируются на долгосрочные постепенные изменения, с акцентом на здоровом по режиму, составу и количеству питания и возрастающей физической активности, так как именно эти навыки способны замедлить или прекратить набор массы. Учитывая неоднозначность понятия «избыточной массы тела», помощь семьям по внедрению здорового образа жизни более важна, чем достижение идеальной массы тела.

В отношении детей с вторичными осложнениями избыточного веса, ближайшей целью является улучшение и разрешение их состояния путем должной медицинской помощи по основному заболеванию и только потом – потеря веса.

Если у детей младшего возраста количество пищи контролируется родителями и, соответственно, работниками здравоохранения, то подростки более свободны в своем выборе, но все же пищевые привычки семьи остаются наиболее решающими. Необходимо уточнить, насколько члены семьи озабочены весом ребенка, выяснить их готовность и способность изменить привычки с тем, чтобы оценить готовность семьи к активному участию в процессе лечения. Опыт показывает, что если родители не имеют желания изменять собственное поведение или пребывают в уверенности, что у ребенка нет существенных проблем с весом, лечение с высокой долей вероятности окажется неудачным. Но при этом необходимо иметь в виду, что неудача, уменьшив самооценку ребенка, может нанести ему вред и снизит веру и мотивацию к будущим попыткам снизить вес.

Итак, основа, без которой нереально достичь успеха в проблеме снижения веса – изменение обстановки в семье, необходимо исключить пищевые соблазны и возможность потреблять лишние калории в повседневности, а также вести малоподвижный образ жизни. Для чего следует удалить из дома нежелательные, малоценные в биологическом отношении и излишне калорийные пищевые продукты и всячески стимулировать физическую активность. Необходимо всячески поощрять детей в их желании снизить вес. Следует ограничить посещение кафе, ресторанов и заведений фаст-фуда. Близкие должны быть единомышленны и упорны в достижении общей цели. При этом они способны повысить привлекательность проводимых мероприятий для детей личным участием, в частности в подвижных играх и в занятиях физическими упражнениями.

Режим проведения лечения строится и реализуется исходя из степени ожирения, возраста и общего состояния больного (особенно его сердечно-сосудистой системы), учитывается течение (прогрессирует ожирение или оно стабилизировалось).

В комплексном лечении ожирения у детей диетотерапия остается одной из важнейших составляющих. Диетотерапия ожирения у детей, как и у пожилых лиц, проводится очень осторожно, при умеренном ограничении калорийности пищи за счет углеводов и жиров. Проводить ее необходимо под наблюдением педиатра или диетолога. Если для снижения веса у детей 3–4-х летнего возраста возможно применение лечебной, низкокалорийной диеты, то до 3-х лет делать этого не стоит, так как низкокалорийная диета подразумевает снижение энергетической ценности пищи, что, в период активного роста и становления органов и систем организма ребенка, свойственных данному возрастному периоду, – чревато.

Лечение ожирения голодом не рекомендуется!

Пищу целесообразно распределить в течение дня на 5–6 приемов, у тучных детей – можно и на 7. Такой подход позволяет достичь ослабления аппетита и облегчает ограничение общей калорийности пищи.

Калорийность пищи снижается за счет углеводов и животных жиров, при сохранении количества белка в диете на уровне, соответствующему физиологической норме. Источниками белка служат нежирные сорта мяса, рыба, яйца, молоко и молочные продукты сниженной жирности. Соответственно, резко ограничиваются или полностью исключаются сливки, сметана, жирный творог, сырковая масса, жирные сорта сыра, сливочное масло. Снижение общего количества углеводов в суточном рационе ребенка должно быть пропорционально степени избыточной массы: исключаются легкоусвояемые углеводы, как сахар, варенье, кондитерские изделия и т.д., макаронные изделия, манная крупа, пшеничный хлеб, картофель. В качестве замены используют несладкие фрукты и овощи. Исключаются подслащенные газированные напитки. Не рекомендуются детям до 7 лет напитки со сниженной калорийностью, так как они содержат синтетические подсластители. Не следует употреблять кисели, консервированные компоты, фруктовые пюре и соки промышленного и домашнего приготовления, так как они содержат большое количество сахара. Предпочтение отдавать натуральным свежесжатым кисло-сладким сокам или сокам промышленного производства без добавления сахара (яблочный, сливовый, вишневый и др.). Рекомендуется использовать отвары, компоты из свежих или сухофруктов без сахара, а также негазированные минеральные воды со слабой степенью минерализации.

Следует уменьшить количество соли. Исключить из диеты острые, соленые и кислые блюда, крепкие мясные бульоны (усиливая выработку пищеварительных соков, они повышают аппетит) и жареные блюда, так как последние калорийнее тушеных или отварных. Пища готовится на пару, тушится или отваривается.

В завтраке, который должен быть сытным, акцент делается на белковые продукты: тощее мясо в холодном или горячем виде (100 г) или творог (200 г), или 2 крутых яйца.

Для подавления чувства голода обед или ужин следует начинать с приема сырых овощей. После обеда запрещается физическая пассивность – лежать, но рекомендуются небольшие прогулки. Однако тучным пациентам с явлениями сердечной слабости показан небольшой отдых как до, так и после приема пищи. Ужин должен быть за 2–3 часа до сна.

В пищевом рационе при лечении ожирения следует предпочесть блюда из нежирных сортов мяса, нежирной, преимущественно речной, рыбы, а также нежирный творог. Последний, благодаря наличию в нем холина, обладающего липотропными свойствами, оказывает профилактическое и лечебное действие на жировую инфильтрацию печени и атероматоз сосудов. Мясо и рыба допустимы во всех видах, без панировки, лучше куском, с нежирным и неострым соусом, без добавления муки, в качестве соуса к мясу можно прибавить немного мясного навара или бульона, к рыбе – рыбный навар. Исключаются вкусовые добавки, приправы и специи, стимулирующие аппетит. Доступны, легки в усвоении и оптимальны по составу яичные белки – употреблять преимущественно вкрутую, в салате или винегрете.

Супы ограничиваются до половины порции: мясные, рыбные и вегетарианские, нежирные с овощами и зеленью. При подсчете их включают в общее количество жидкости.

Мясные и рыбные супы исключаются при сочетании ожирения с подагрой, несколько ограничивается общее количество белка, мясо и рыба даются в отварном виде, исключается ливер (внутренние органы), а также бобовые растения, шпинат, щавель, спаржа, редис.

Преимущественно разрешается хлеб ржаной или из муки грубого помола, желателен с отрубями. Из круп предпочтение отдается предварительно обжаренной гречке.

Зелень и овощи должны составить существенную часть пищевого рациона, помимо того что они вносят разнообразие в питание, они, благодаря наличию в них пищевых волокон, благоприятно влияют на опорожнение кишечника, что способствует выведению из организма холестерина и токсинов. Последнее весьма существенно на фоне похудения, так как жировой слой является еще и местом отложения липофильных шлаков и токсических веществ, с которыми не справилась выделительная система, и тем самым является мощной защитной системой и помощью гематоэнцефалическому барьеру (достаточно вспомнить, что у новорожденных с гипотрофией ядерная желтуха при гемолитической болезни развивается острее и при более низких значениях билирубина

в крови, чем у нормотрофигов). Ценность овощей и зелени определяется и тем, что они создают, благодаря богатому содержанию воды и клетчатки, ощущение полноты в желудке и насыщения при очень малой калорийности. Не говоря уже о том, что они являются важным источником витамина С, каротина и других витаминов. Овощи и зелень позволительны во всех видах, но с очень ограниченным количеством жира или сметаны. Предпочтительны сырые овощи (морковь, помидоры, репа, редис, капуста, огурцы и пр.). Ввиду большой калорийности бобовые: фасоль, горох, соя, чечевица, – рекомендуются в ограниченном количестве первых, вторых блюд и гарниров.

Не следует увлекаться картофелем, разрешается употреблять его в очень небольшом количестве отварным или запеченным, либо в виде пюре на основе мясного бульона или снятого молока. Необходимо отметить, что картофель, при сравнительно небольшой калорийности, хорошо утоляет голод.

Некоторые овощи, такие как картофель, капуста белая, брюссельская и другие, вследствие низкого содержания поваренной соли и высокого – солей калия, оказывают диуретическое действие.

Фрукты и овощи предпочтительно давать в натуральном виде, исключение составляют очень сладкие сорта (сладкий виноград, финики, изюм и т. п.); компоты следует готовить с сахарозаменителем.

Сливочное масло и сметана вводятся в блюда, но в небольшом количестве. Молоко также ограничивают. Предпочтение отдается снятому молоку (нулевой жирности) или молочной сыворотке, как упоминалось, разрешается нежирный творог. Ввиду высокого содержания холестерина, необходимо резко ограничить потребление яичных желтков, мозгов и ливера.

Известно, что жир в организме, как и углеводы, при утилизации расщепляется до углекислого газа и воды. Именно на воду тратится значительная часть жира из горбов у верблюдов при длительном ее отсутствии в пустыне. Нам не встретилось в литературе глубокого обоснования отношения к питьевому режиму на фоне снижения веса при ожирении, но представляется вполне взвешенным воззрение, согласно которому при отсутствии заболеваний почек или артериальной гипертонии показано достаточно обильное питье, что будет способствовать выведению шлаков из организма, в том числе высвобождающихся из жировых накоплений. Прием жидкости во время еды рекомендуется ограничить. Разрешаются чай, кофе с лимоном на сахарозаменителях. Рекомендуются соки – морковный, томатный или ягодные и фруктовые (кроме сладкого винограда).

Необходимо раз в 7–10 дней обязательно включать разгрузочные дни, которые особенно показаны на фоне приостановки или замедле-

ния темпов снижения веса, но детьми до 14–15 лет они переносятся плохо, а потому и не очень приветствуются. Суть разгрузочных дней заключается в резком переходе на 1–2 дня на диету очень низкой калорийности, бедную или лишенную поваренной соли, что вызывает изменения обмена, стимулируя мобилизацию и использование энергетических ресурсов из жировых запасов. Прием пищи обычно проводится 5 раз в день и не за общим столом во избежание ненужных раздражителей, повышающих возбудимость пищевого нервного центра. Сопутствующий этому мероприятию повышенный диурез и улучшение опорожнения кишечника приводят к более или менее значительному понижению веса и способствуют выведению шлаков из организма. В результате самочувствие пациента улучшается, он ощущает бодрость, исчезает ощущение тяжести и др. При проведении курса лечения без отрыва пациента от повседневной жизни разгрузочные дни лучше назначать на выходные.

Диетотерапию следует сочетать со специальными комплексами физической нагрузки. В детском возрасте, в пубертатный период увеличению физической нагрузки следует уделять особое внимание (лечебная физкультура, физические упражнения, прогулки, спорт и т. п.). Рекомендованы водные процедуры (обтирание, душ, купание и пр.), которые, так же как и физические упражнения, назначаются врачом.

Так, для начала можно уменьшить суточную калорийность пищи на четверть от ее исходного суточного потребления, руководствуясь в выборе пищи приведенными выше рекомендациями. Исключить из практики «перекусывания», еду «за компанию». Питаться следует регулярно, раздробив приемы пищи на 4–5 раз в день. Прием пищи должен быть неспешным, пищу следует тщательно пережевывать – это необходимо не только для улучшения ее усвоения, но и потому, что чувство утоления голода как результат гуморального процесса приходит несколько позже по времени, нежели оно должно было бы наступить, исходя из объема съеденного. При сниженной калорийности, объем пищи должен быть достаточным, чтобы вызвать ощущение сытости. Объем пищи должен сокращаться до рекомендуемого по возрасту постепенно, с тем чтобы и по этому параметру шла адаптация органов пищеварения. Естественно, пища должна быть разнообразной, насколько только возможно, и обязательно полноценной. Необходимо помнить, что недостаток любого биологически важного компонента пищи (витамины, микроэлементы, биологически активные вещества) способен обозначаться чувством голода, либо избирательным («прихоти», как у беременных), либо без ясных предпочтений, когда организм старается компенсировать качественный изъян пищи количеством ее поступления со всеми вытекающими последствиями. Для компенсации недостатка витами-

нов и микроэлементов в пище показано применение их в виде рекомендованных по возрасту витаминных и микроэлементных комплексов, премиксов. Следует всячески стимулировать отказ от привычки «заедать» стрессы при ее наличии.

С нарастанием избыточной массы тела у детей и подростков нарастает склонность гиподинамии – в силу ущемленности на почве своей полноты дети с избыточным питанием избегают занятий физкультурой – замыкается порочный круг: мало движения – увеличение веса – мало движения. По причине гиподинамии у ребенка падает сила мышц, ограничивается подвижность суставов.

Общеизвестно, что физические упражнения – при индивидуальном подборе нагрузок, комплексов и адекватном проведении, – увеличивая энергозатраты, способствуют активизации утилизации жировой ткани, при этом оптимизируются показатели углеводного и жирового обменов, улучшается работа сердечно-сосудистой системы и самочувствие. Но наибольший эффект достижим только при проведении их, как и всего остального, на регулярной основе, под контролем, в том числе на принципах обратной биологической связи, в противном случае могут быть и негативные последствия.

При этом совершенно не обязательно заниматься фитнесом или силовыми видами спорта. Может быть достаточным – сделать ходьбу своим образом жизни: не следует пользоваться транспортом, когда речь идет о расстоянии в одну-две остановки, можно выходить за одну-две остановки раньше нужной, соответственно планируя время; избегать лифта. Ходить нужно не менее 5 раз в неделю, начав с 10–15 минут, постепенно довести продолжительность прогулки до 30 мин. Скорость ходьбы должна быть такая, чтобы от прогулки получать удовольствие. Рекомендации относительно ходьбы более приемлемы в старшем возрасте, а также при выраженном ожирении, при сопутствующих осложнениях со стороны органов и систем, выраженной фоновой гиподинамии, когда не может приветствоваться резкое расширение двигательного режима. В остальных же случаях – для детей имеется большой арсенал подвижных игр, дающих мощную позитивную мотивацию к физической активности, что и необходимо широко использовать, как индивидуально, так и в соответствующих группах и секциях, но опять же под контролем со стороны взрослых. Старшие ребята, способные самостоятельно контролировать свое состояние, должны быть обучены специалистом основам и методам самоконтроля с указанием рекомендуемых индивидуальных уровней показателей, которые только со временем достигнут возрастных.

Для детей младшего возраста пеших прогулок и подвижных игр достаточно. С 4–5 лет можно рекомендовать различные виды спорта,

соответствующие возможностям ребенка. В подборе физической нагрузки надо учитывать пожелания ребенка. Самое простое, при отсутствии противопоказаний, – плавание в бассейне, а летом – велосипед. Детям, страдающим ожирением, участие в спортивных соревнованиях противопоказано.

Физические нагрузки нуждаются в тщательном, хорошо продуманном и строго индивидуальном подборе и дозировании, как и диета, что возможно, только при тесном взаимодействии со специалистом по лечебной физкультуре.

Лечебная физкультура – необходимая составная часть комплексной терапии при ожирении. Она показана при всех видах и степенях ожирения, как у взрослых, так и у детей, при условии что общее состояние здоровья позволяет повысить физическую активность. Характер упражнений и интенсивность рекомендуемой нагрузки зависят от степени ожирения, наличия сопутствующих заболеваний, а также от возраста, пола и физической подготовленности больного. Лицам молодого и среднего возраста при отсутствии заболеваний сердечно-сосудистой системы рекомендуются упражнения, способствующие развитию гибкости позвоночника и укреплению мышц живота (переход из положения лежа на спине в положение сидя и доставание стоп руками при несогнутых ногах, движения ног, как при езде на велосипеде, в различных исходных положениях). Продолжительность занятия лечебной гимнастикой должна составлять 45–60 минут в день. Для больных ожирением с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы, легких или других органов – лечебная физкультура проводится по методике, применяемой при заболеваниях этих систем и органов с учетом наличия ожирения.

Общий массаж, гидромассаж, контрастные ванны – эффективны при всех видах ожирения.

Процессу похудения должен сопутствовать оптимистичный настрой, уверенность в положительном результате, отсутствие подобного настроения – повод для обращения к психотерапевту.

Полноценной терапии ожирения обязательно должны сопутствовать консультации и наблюдение психолога и психотерапевта, не говоря о тех случаях, когда психологические факторы при ожирении изначально имеют или приобретают самостоятельное значение. При этом работа должна вестись как с самим пациентом, так и с его семьей, в этом залог успеха лечения и увеличения продолжительности его эффекта.

ПРОГНОЗ

Прогноз при алиментарном ожирении – благоприятен в случае выполнения больным лечебных и профилактических рекомендаций. Со-

гласно литературным данным, до периода полового созревания сохраняют алиментарное ожирение 25–30% детей, в остальных случаях оно, как правило, не сопровождается нарушениями в состоянии здоровья ребенка, не прогрессирует и к 5–10 годам дети становятся физически правильно сложенными.

Как было отмечено, у подростков с сохраняющимся ожирением, как у нелеченных, так и при активном лечении, прогноз не столь благоприятный. Сознание, что ожирение – фактор риска артериальной гипертензии, инфаркта миокарда, сахарного диабета и т.д., оказывается недостаточно сильным мотивом для пожизненного изменения характера питания. Результаты исследований оценивают вероятность длительного успеха активного лечения от 5 до 20%. Отмечается то обстоятельство, что контроль за течением заболевания и лечением у терапевтов лишь временно активизирует пациентов, окончательные же результаты по осуществлению оказываются еще более неблагоприятными. Такие результаты свидетельствуют в пользу создания сети центров по контролю веса с профильными стационарными учреждениями, возможно, санаторного типа. Прогноз при вторичном ожирении зависит от характера течения основного заболевания.

В целом же, в мире отмечается, что лечение ожирения часто оказывается неэффективным. Хотя временное снижение массы тела достигается легко, но она вскоре вновь восстанавливается, если не превышает исходную, и обычно люди, стремящиеся избавиться от ожирения, теряют и набирают массу по многу раз. Тенденция к рецидиву настолько регулярна, что порой ожирение сравнивают с алкоголизмом или с курением. Причин для рецидива может быть множество, но при углубленном анализе выделяются две основные: отсутствие желания соблюдения необходимых режимов питания и двигательного режима на постоянной основе и отсутствие поддержки, отклика в социуме. В последнем случае прежде всего речь идет о семье, ее готовности поддерживать пациента постоянно в его устремлении к контролю массы тела на оптимальном уровне на постоянной же основе. Отсутствие такой адекватной доброжелательной и настойчивой поддержки в повседневной жизни, снижает и сводит на нет усилия, создает впечатление недостижимости, поставленной цели, что снижает мотивацию, способствует депрессии, нежеланию лечиться. Таким образом, положительная мотивация с соответствующим позитивным психологическим настроем пациента, зависящая прежде всего от семьи, умело направляемая, контролируемая и корригируемая, наряду с другими специалистами, и психотерапевтом на протяжении долгого времени (может быть и всю жизнь) – залог успешного избавления от ожирения на долгое время.

ПРОФИЛАКТИКА

Ожирение относится к тем патологическим состояниям, которые, как и другие хронические заболевания, предупредить гораздо легче, чем потом избавиться от него. Призывы правильно кормить ребенка, как основной метод профилактики, если они ничем не подкреплены, – остаются благими пожеланиями.

При наличии в семье приведенных ранее предрасполагающих к развитию ожирения факторов профилактику необходимо начать еще до рождения ребенка, а лучше с момента принятия решения о его появлении, на этапе подготовки к беременности. Семье следует единодушно отказаться от обильного ужина, который должен проходить не менее чем за 3,5 часа до сна; от обычая все есть с хлебом, который всего лишь отголосок сложных времен, когда таким образом компенсировался дефицит продуктов питания. Потенциальным родителям должна быть дана исчерпывающая информация об избыточном весе и ожирении и необходимые рекомендации по профилактике в рамках плановых посещений терапевта, женской консультации, в школах для будущих мам или уже при первом же визите педиатра. Лучше, чтобы подобная информация была предоставлена в форме памятки. Прежде всего упор должен быть сделан на здоровый образ жизни в семье, на организацию рационального питания, правильного двигательного и общего режима беременной. Необходимо разъяснять понятие правильного кормления, как с общих, так и с индивидуальных позиций, как на период беременности, так и после рождения ребенка на каждом этапе его развития.

Родители должны быть просвещены относительно критических периодов накопления жировой ткани, осознанно следить за динамикой веса и активно позаботиться о диспансерном наблюдении ребенка, если он относится к группе риска. Именно от активной позиции родителей зависит, будет ли их ребенок страдать ожирением.

При грудном вскармливании малыш сам регулирует необходимое количество пищи, которая оптимальна для него по составу – соответственно, меньше вероятность перекорма. При смешанном искусственном вскармливании предпочтение отдается кисло-молочным и адаптированным смесям. Превышение прибавки в весе на 10–15% от нормы требует пересмотра питания с уменьшением калорийности и объема блюд.

Все же, как показывает опыт, на практике придерживаться идеального рациона каждый день – сложно. Как матери отнять грудного ребенка от груди или бутылочку со смесью, когда он еще ест и протестует против этого плачем. Необходимо объяснить, как естественно и безболезненно для себя и ребенка, сохраняя суточный объем кормления, снизить калорийность, отрегулировав режим и продолжительность приема пищи.

Для ребенка 1–1,5 лет рекомендуемый суточный объем пищи составляет 1210 мл, а разовый – колеблется от 200 до 250 мл в зависимости от кратности приема. В возрасте 1,5–3 лет они составят 1520 и 300 мл соответственно, в 3–5 лет – 1700–1850 и 400 мл, в 6–7 лет – 1900–2100 и 450–500 мл.

Если ребенок, склонный к полноте, при хорошем аппетите, все же не насыщается обычным объемом порций, можно добавить некоторое количество супа, салата, овощного гарнира или третьего блюда.

Руководствуясь исключительно аппетитом ребенка, не следует его заставлять есть через силу, доедать все, вычищая тарелку «за маму, за папу...», или использовать еду в качестве поощрения или наказания. Правильней – всячески стимулировать его физическую активность, но не аппетит.

Строгое соблюдение режима – одно из основных требований рационального питания детей с рождения. Это способствует формированию и закреплению определенных пищевых стереотипов, биоритмов процессов пищеварения в организме ребенка, улучшению выработки пищеварительных соков, лучшему пищеварению и усвоению пищи. Не рекомендуется отступать от постоянного времени приема пищи более чем на 15–20 минут, особенно в сторону увеличения: голодный ребенок высасывает больший объем молока, что может закрепиться в привычке переедать. Темп присма пищи должен быть размеренным, так как при поспешном кормлении ребенок, не успевая почувствовать насыщения, может съесть больше нормы.

Для правильного питания очень важно распределение продуктов в течение суток: богатые животными жирами и белками калорийные продукты (мясо, рыба, яйца) следует включать в рацион в первую половину дня. Ужин должен состоять из легко усваивающихся продуктов (молочно-растительные).

Жареные блюда до трехлетнего возраста противопоказаны, да и далее, при склонности к полноте, рекомендуется в качестве кулинарной обработки варка, приготовление на пару, запекание, тушение.

Если из лечебной диеты легкоусвояемые углеводы и животные жиры исключаются, то ради профилактики отказываться от них полностью нецелесообразно. В качестве ориентировочных норм в суточном рационе можно рекомендовать следующие: для ребенка 1–3 лет – 12–17 г сливочного масла, 3 г сыра (с возраста 1,5 лет), 4–6 г растительного масла, 30–40 г сахара, 5–7 г сладостей; для ребенка 3–6 лет: сливочное масло – 25 г, сыр – 8–12 г, растительное масло – 10 г, сахар – 40–50 г и 10–15 г сладостей.

К сладкому детей лучше и не приучать: пользы от него мало, зато много неприятных последствий при злоупотреблении.

Сыры, которые появляются в рационе ребенка после 1,5 лет, также богаты жирами, а соответственно их количество должно быть ограничено. Плавленые и мягкие сыры, особенно богатые жирами, вообще не должны включаться в рацион детей, склонных к ожирению.

Столь любимые детьми глазированные сырки до 3-х летнего возраста давать не следует вообще, в более старшем возрасте – не более 2-х сырков в день (естественно – не ежедневно), с учетом суточного калоража.

В более старшем возрасте необходимо прививать детям привычку к употреблению овощей и фруктов, хлеба грубого помола, рыбных блюд, постных супов и каш. Мясная гастрономия, мороженое и сладости не должны быть ежедневными блюдами, это касается и блюд из грибов.

Оптимально, чтобы подбор диеты проводил специалист-диетолог, так как это не такой простой процесс, как может показаться. Так, согласно утвержденным еще в 1950–60-х годах прошлого столетия рекомендациям, ребенок, как растущий организм, должен потреблять 2100 ккал, беременная женщина – 3000–3500 ккал в сутки. Между тем, последние десятилетия ВОЗ регулярно снижала нормы на 250 ккал. К примеру, установлено, что манекенщице, заботящейся о стройности своей фигуры, при том что она полдня может провести в спортзале, а затем отработать 2 часа на подиуме, достаточно 750 ккал, для спортсменов, накачивающих мышечную массу – 1200 ккал в сутки. Исходя из этих данных, физически активному ребенку, проводящему все свое свободное время на улице, достаточно 1700, максимум – 1800 ккал; если же ребенок физически неактивный – адекватная его потреблению норма – 1300–1500 ккал в сутки. Адекватность подобранной диеты должна уточняться специалистом, что требует регулярного наблюдения.

Жир в суточном рационе, как ребенка, так и взрослого, не должен составлять более 30% от всего суточного количества калорий.

Все же у детей с предрасположенностью к ожирению количество жира ниже физиологической нормы снижать нельзя, так как дольше задерживаясь в желудке, он рефлекторно снижает аппетит. Помимо этого жиры пищи в физиологических количествах способствуют расщеплению жиров в жировой ткани. Ограничивая потребление животных жиров, следует придерживаться норм количества растительных.

Животные белки – основной источник поступления калорий, но исключается жаркое с использованием в кулинарном процессе растительного и сливочного масла. Перед приготовлением нужно тщательно срезать с мяса весь жир. Оптимально готовить мясо в духовке на решетке, тогда вытопившийся жир стечет.

Избегая в рационе питания цельного молока и цельномолочных продуктов, их вполне можно употреблять при жирности 0,5–1%, более того – они просто необходимы растущему организму как источник кальция.

Предпочтителен обезжиренный натуральный творог и кефир, есть данные, что йогурты в этом плане гораздо менее полезны.

Опуская очевидный перечень кондитерских изделий, подлежащих исключению и ограничению, обращаем внимание, что, уменьшая в рационе количество углеводов за счет легко усвояемых, стимулирующих выработку инсулина, а соответственно – усиливающих и отложение жира, следует заботиться о достаточном поступлении клетчатки и пектиновых веществ, а соответственно – рекомендуется больше есть овощей и фруктов. Но все-таки резкое ограничение углеводов у детей нежелательно, так как это влечет за собой грубые нарушения и в жировом обмене: жиры сгорают в пламени углеводов.

Предпочтение отдается овощам, особенно в обед, исключая картофель и кукурузу. Обращаем внимание, что в майонезе также много нежелательного жира, как и в сливочном масле, и даже больше. Соответственно, не стоит овощные салаты заправлять майонезом, но также и растительным маслом – ведь растительные жиры по калорийности превышают животные, но не дают чувства насыщения. В качестве заправки рекомендуется использовать 15%-ную сметану.

Тесто и изделия из него не так опасны, как это принято считать, просто не следует класть в тесто много молока, сметаны, масла, т.е. тесто не должно быть сдобным. Мучное не принесет вреда, если не употреблять его с обильным количеством масла или не поливать те же макароны жирными соусами. Все же их следует ограничивать, равно как белый хлеб и манную крупу: при высокой калорийности пищевая ценность их низка.

Фруктовыми соками, вызывающими стимуляцию секреции инсулина, увлекаться не стоит, они сами по себе калорийны, кроме того, после их приема аппетит быстро возвращается. Среди рекомендуемых – томатный и морковный соки, а лучше употреблять натуральные фрукты.

Склонным к ожирению детям следует ограничивать такие фрукты, как инжир, финики, изюм, виноград (виноградный сок), орехи, хурма и бананы.

Мы уже говорили, что резкое ограничение углеводов у детей нежелательно, так как это ведет к появлению грубых нарушений в усвоении жира (жиры сгорают в пламени углеводов). В то же время увлечение легко всасываемыми углеводами (сахар, конфеты, изделия из муки высших сортов), способствующих стимуляции выработки инсулина, соответственно усиливает и синтез жировой ткани.

Адекватная двигательная активность с рождения – основа правильного психофизического развития любого ребенка. Воспитание ребенка в этом плане следует начинать уже с первых дней жизни в виде массажа, гимнастики, закаливания. По мере роста ребенка расширяется и

объем, и спектр физических нагрузок, с 2–3 лет можно вводить утреннюю гигиеническую гимнастику, вовлекать в подвижные и спортивные игры, в том числе состязательные: бег, катание на лыжах, коньках, велосипеде, плавание и т.д. Среди спортивных секций свой выбор можно остановить на волейбольной, теннисной, хоккейной, фигурного катания, художественной гимнастики.

Привычка, культ физической активности должен войти в повседневность, стать стилем жизни, но совсем не обязательно это должны быть спортивные секции или фитнес, если они финансово обременительны, хотя научиться красиво двигаться – важно для любого ребенка, особенно склонного к полноте: для повышения его самооценки и уверенности в себе. Необходимо использовать любую возможность: пешие, лыжные, велосипедные прогулки, коньки, по возможности отказаться от средств механизации в повседневной жизни, в домашней работе и при передвижении в городе и за городом. Учитывая убедительно доказанную пагубность, ребенку следует ограничить сидение за компьютером и у телевизора. Родителям необходимо формировать у него интерес к активному отдыху, закалке, проведению досуга на природе, в том числе личным примером. При этом следует реально оценивать энергетические затраты ребенка и оградить его от излишних калорий после физических нагрузок.

При вторичном ожирении, надежный контроль основного состояния – залог контроля массы тела.

Собственно, учитывая, что рост ожирения у населения Земли подтверждает мнение, что речь идет об эволюционно обусловленном дизадаптозе – успешная пропаганда и внедрение в повседневную жизнь населения навыков здорового образа жизни, особенно оптимального питания в сочетании с адекватной двигательной активностью на фоне отсутствия вредных привычек – залог профилактики роста ожирения в популяции, независимо от наличия или отсутствия предрасполагающих факторов у отдельных индивидуумов.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО (ПТСР)

Текст

Как выполнять задание: пожалуйста, внимательно прочитай каждое предложение со сформулированными признаками (жалобами), возникшими после события, которое определено тобой как травматическое.

В бланке для ответов в отведенном для этого месте запиши свое конкретное событие и дату, когда оно произошло – число, месяц, год.

Если при воспоминании об этом событии признак (жалоба) у тебя есть, отметь (обведи) в бланке для ответов возле соответствующего номера ответ «да», если признак не наблюдается, отметь ответ «нет».

1. События, которое я пережил(а), раньше не было, и оно явилось для меня исключительно сильным переживанием, угрожающим моему психическому и физическому здоровью.
2. Я постоянно или временами пересказываю кому-либо это событие.
3. У меня возникают часто повторяющиеся, угнетающие мысли, связанные с событием.
4. В обычной обстановке, перед засыпанием и после сна у меня внезапно возникает ощущение того, что «событие» повторяется вновь.
5. У меня появляется заметно угнетенное настроение, если событие, происходящее сейчас, напоминает травмирующее событие (включая даты, предметы, внешние обстоятельства).
6. Я стремлюсь уйти от мыслей или чувств, напоминающих событие.
7. Я стремлюсь избегать ситуаций или действий, которые могут вызвать воспоминание о событии.
8. Я не могу восстановить важные подробности, связанные с событием.
9. У меня появилась значительная потеря интереса к играм, прогулкам, учебе, спорту, развлечениям и т.п.
10. У меня появилось чувство отчуждения и безразличия к родным или другим лицам.
11. У меня заметно снизился уровень и количество радостных переживаний.
12. Я не уверен(а) в том, что будет со мной дальше, в будущем.

ПОСЛЕ СОБЫТИЯ У МЕНЯ ПОЯВИЛИСЬ:

13. Трудности с засыпанием и со сном.
14. Раздражительность или вспышки гнева.
15. Трудности при сосредоточении (со способностью заниматься чем-либо некоторое время).
16. Повышенная осторожность.
17. Повышенная пугливость.

18. Ощущения в теле при упоминании о событии или в похожих обстоятельствах.

ПОСЛЕ СОБЫТИЯ:

19. Я стал(а) невеселым(ой), бездеятельным(ой), мало чем интересующимся(ейся), мне трудно общаться с людьми.
 20. У меня ухудшилась память.
 21. У меня часто меняется настроение.
 22. Я стал(а) менее внимательным(ой).
 23. Я стал(а) страдать головными болями.
 24. У меня появилось головокружение.
 25. Признаки (жалобы), которые я отметил(а) связанные с травмирующим событием, продолжались у меня месяц и более.
 а) Укажи конкретную продолжительность.

Бланк

Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет	Образование	Дата заполнения
--------------	----------	--------------	-------------	-----------------

Запиши травмирующее событие, которое произошло с тобой:

Дата, когда это событие произошло:			число	месяц	год
1 да нет	5 да нет	9 да нет	13 да нет	17 да нет	22 да нет
2 да нет	6 да нет	10 да нет	14 да нет	18 да нет	23 да нет
3 да нет	7 да нет	11 да нет	15 да нет	19 да нет	24 да нет
4 да нет	8 да нет	12 да нет	16 да нет	20 да нет	25 да нет
				21 да нет	а)

Ключ

A1=	B1=	C3=	D3=	F2=	E1=
Σ=					

Здесь мы используем диагностический раздел МКБ-10 F43 (в нашем переводе) – Реакция на тяжелый стресс и нарушение адаптации, диагностическая группа F43.1 – Посттравматическое стрессовое расстройство.

В методике 25 утверждений, с помощью которых испытуемый оценивает конкретное стрессовое событие, у которому он не был подготовлен, оно было для него скорее неожиданным, и которое, он считает, вызвало у него эмоциональные переживания, приведшие в дальнейшем к поведенческим проблемам.

Выделены следующие диагностические критерии:

Критерий А – «внезапность события» (пункт 1); значимое количество баллов – 1 балл;

Критерии В – «повторяющееся воспоминание» (пункты 2–5); значимое количество баллов – 1 балл;

Критерии С – «избегание воспоминаний о событии» (пункты 6–12); значимое количество баллов – 3 балла;

Критерии D – «соматические последствия события» (пункты 13–18); значимое количество баллов – 3 балла;

Критерии F – «эмоциональные реакции, возникшие после травматического события» (пункты 19–24); значимое количество баллов – 2 балла;

Критерий E – «острота» травматического события» (пункт 25); значимое количество баллов – 1 балл.

Состояние следует квалифицировать как:

- а) острое, если с момента события прошло 30 дней и меньше;
- б) хроническое состояние, если от момента события прошло от одного до шести месяцев и больше.

Каждый ответ «да» приравнивается к 1 баллу. Подсчитываются баллы по каждой шкале, которые суммируются в общий результат ($\Sigma =$). Суммарный результат можно выразить в процентах – 1 балл равен 4,0%. Для каждой шкалы имеется минимальное значение балла, которое считается значимым для этой шкалы (указано выше). Событие, которое оценивает испытуемый, считается выраженным, если по результату обследования отмечено 10 баллов (40,0%) и больше. Помимо общего постстрессового состояния, также подвергается психотерапии каждый отмеченный признак (жалоба).

ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА ТРАВМАТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ

Бланк

Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет мес.	Образование	Дата заполнения
Запиши стрессовое событие:				

Текст

Как выполнять задание: прочти описания состояний, обозначенные цифрой с буквенным индексом. Если у тебя какое-то из состояний у тебя наблюдается, то подчеркните «да» и затем выбери уточняющие жалобы, отмечая «да» или «нет». Если ты отметил «нет» – переходи к следующему описанию состояния.

Травматическое стрессовое событие упорно переживается вновь и вновь:

1А. Повторяющиеся и насильственно прорывающиеся, внедряющиеся в сознание воспоминания о событии, включая образы (зрительные и звуковые), мысли, ощущения:	ДА НЕТ
а) стремлюсь всеми силами забыть о травматическом событии, но оно найдет способ «напомнить» о себе;	да нет
б) повторяющиеся особые виды детских игр, в которых отражаются те или иные стороны и части травматического события;	да нет
в) поиграв в игры с определенными тематическими сюжетами, дети не испытывают облегчения, расслабления, удовольствия, радости;	да нет
г) сюжет травматического события «оживляется» снова и снова.	да нет
1Б. Повторяющиеся кошмарные сны о событии:	ДА НЕТ
а) могут сниться сны, на первый взгляд непонятные, но вызывающие ужас;	да нет
б) сам не могу понять, что в сновидениях отражено травматическое событие, но если я рассказываю о них взрослому, то он сразу узнает стрессовое событие.	да нет
1В. Действия и/или чувства, соответствующие переживаемым во время травматического события:	ДА НЕТ
а) воспоминания возникают как «вспышки», когда перед мысленным взором, как на экране, проходят эпизоды травматического события;	да нет

б) вспоминаемые образы (картины) ярче и отчетливее, чем это было в реальности;	да нет
в) эти картины-воспоминания могут возникать в любое время и в любом месте (например после просыпания, при инфекционном заболевании, при приеме лекарств, подъеме температуры).	да нет
1Г. Интенсивные негативные переживания при столкновении с чем-то напоминающим (или символизирующим) травматическое событие:	ДА НЕТ
а) могут сниться сны на первый взгляд непонятные, но вызывающие ужас;	да нет
б) сам не могу понять, что в сновидениях отражено травматическое событие, но если я рассказываю их взрослому, то он сразу это событие узнает.	да нет
1Д. Физиологическая реактивность, если что-то напоминает (или символизирует) травматическое событие:	ДА НЕТ
а) спазмы в желудке;	да нет
б) головные боли;	да нет
в) резкая (обильная) потливость;	да нет
г) боль в области сердца.	да нет

Ключ

Стресс – это требование, предъявляемое к адапционным способностям разума (психике) и телу (органам и/или системам органов). Обычно указывается, что травматический стресс – это нормальная реакция на ненормальные обстоятельства. Психологический травматический стресс – особая форма общей стрессовой реакции (по Селье). Существующие механизмы и проявления стресса одинаковы для детей и взрослых. Что случается, если стресс оказался слишком «силен»? Не каждое событие способно вызвать травматический стресс. Психологическая травма возможна, если:

- пережитое разрушает привычный образ жизни;
- происшедшее событие осознаваемо, то есть ребенок и взрослый знают, что с ними произошло и из-за чего у них ухудшилось психологическое, социальное и соматическое состояние (но не обязательно эти знания совпадают у детей и взрослых);
- событие когнитивно интерпретируется, определяется как опасное.

Если стресс «перегружает» физиологические, психологические, (социальные), т.е. адапционные возможности человека (детей и взрослых), разрушаются соответствующие защиты, стресс становится травматическим – вызывает вначале психологическую травму, а затем психосоматическое и/или психическое заболевание. Пережитый травматический стресс может привести к развитию в отдаленные сроки, спустя какое-то (даже значительное) время к развитию комплекса психосоматических нарушений.

В Международной классификации психических расстройств посттравматический стресс определяется как комплекс реакций, когда присутствуют все или многие перечисленные в нозологическом перечислении симптомы (F43.0 «острая реакция на стресс» и F43.1 «посттравматическое стрессовое расстройство»). Методика предназначена для обследования детей, подростков и взрослых. В методике перечислены пять главных признаков стресса 1А, 1Б, 1В, 1Г, 1Д и в каждом из них типичные уточняющие жалобы, возникающие при психологическом стрессе, – по существу это состояние характеризует качество жизни после (в результате) пережитого стресса. Обследуемый указывает конкретное событие, которое он расценивает как травма-

тическое. Чем больше отмечено признаков, главных и уточняющих, тем вероятней, что испытуемый пережил (переживает) стресс. Содержательная интерпретация осуществляется из описания признака-жалобы. Задание можно повторять в динамике по мере осуществления психотерапии и психокоррекционных работ.

Литература: Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. М.: Смысл; СПб.: Речь, 2003. 407 с.; Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. СПб.: Речь, 2000. 402 с.; Психологический стресс и пути его преодоления: Как помочь ребенку: Методические рекомендации для педагогов, социальных работников детства и родителей. М., 2002. 28 с. (Психологическая помощь детям).

ОТНОШЕНИЕ К ТРАВМАТИЧЕСКОМУ СОБЫТИЮ

Бланк

Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет мес.	Образование	Дата заполнения
Запиши травмирующее событие:				
Когда оно произошло	число	месяц	год	

Текст

Как выполнять задание: прочитай описания возможных последствий перенесенного травмирующего события и выбери то описание, которое лучше всего отражает твоё состояние при воспоминании о событии. Выбранное описание отметь, перечеркнув соответствующую цифру-балл.

Цифры-баллы	Описания возможных последствий стресса
-1	выбрался «окрепшим»
0	остался без изменений (а была ли вообще «травма»)
+1	пережил недолгое (менее одного месяца) ухудшение состояния без последствий
+2	пережил длительное легкое изменение, но не связывал эти последствия с травматическим событием, не «подозревал» о нём
+3	пережил длительное легкое изменение и считал это состояние «нормальным» и к врачу не обращался
+4	пережил неприятное длительное изменение, проконсультировался или хотел проконсультироваться у врача
+5	пережил серьезное длительное изменение, что привело к пребыванию в больнице, и в дальнейшем это состояние стало постоянным

Ключ

Даны семь описаний возможных последствий перенесенного травмирующего события. Испытуемый выбирает то описание, которое лучше всего отражает его состояние, при воспоминании о травмирующем событии. Порядковые номера соответствуют баллам: 1) -1; 2) 0; 3) 1; 4) 2; 5) 3; 6) 4; 7) 5 баллам. Проводится качественный разбор выбранного пункта. Чем выше балл, тем сложнее (патологичней) отношение к переживаемому событию.

ДИНАМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА САМОЧУВСТВИЯ, АКТИВНОСТИ, НАСТРОЕНИЯ (САН)

Бланк

Фамилия, имя	Пол: М Ж	Время заполнения	Дата заполнения	ДО	ПОСЛЕ
--------------	----------	------------------	-----------------	----	-------

Текст

Как выполнять задание: прочитай слова и фразы слева и справа от цифр и определи, какой ты сейчас в данный момент времени. Выбрав одно из определений, оцени на сколько баллов это состояние выражено у тебя. Оценочная шкала: 3 – очень выражено; 2 – среднее; 1 – слабо выражено; 0 – не можешь оценить (старайся, чтобы 0 было как можно меньше). На одной строчке можно отметить (перечеркнуть) только одну цифру-балл.

1	самочувствие хорошее	3	2	1	0	1	2	3	самочувствие плохое
2	чувствую себя сильным	3	2	1	0	1	2	3	чувствую себя слабым
3	пассивный	3	2	1	0	1	2	3	активный
4	малоподвижный	3	2	1	0	1	2	3	подвижный
5	веселый	3	2	1	0	1	2	3	грустный
6	хорошее настроение	3	2	1	0	1	2	3	плохое настроение
7	работоспособный	3	2	1	0	1	2	3	разбитый
8	полный сил	3	2	1	0	1	2	3	обессиленный
9	медлительный	3	2	1	0	1	2	3	быстрый
10	бездеятельный	3	2	1	0	1	2	3	деятельный
11	счастливый	3	2	1	0	1	2	3	несчастный
12	жизнерадостный	3	2	1	0	1	2	3	мрачный
13	напряженный	3	2	1	0	1	2	3	расслабленный
14	здоровый	3	2	1	0	1	2	3	больной
15	безучастный	3	2	1	0	1	2	3	увлеченный
16	равнодушный	3	2	1	0	1	2	3	взволнованный
17	восторженный	3	2	1	0	1	2	3	унылый
18	радостный	3	2	1	0	1	2	3	печальный
19	отдохнувший	3	2	1	0	1	2	3	усталый
20	свежий	3	2	1	0	1	2	3	изнуренный
21	сонливый	3	2	1	0	1	2	3	возбужденный
22	желание отдохнуть	3	2	1	0	1	2	3	желание работать
23	спокойный	3	2	1	0	1	2	3	озабоченный
24	оптимистичный	3	2	1	0	1	2	3	пессимистичный
25	выносливый	3	2	1	0	1	2	3	утомляемый
26	бодрый	3	2	1	0	1	2	3	вялый
27	соображать трудно	3	2	1	0	1	2	3	соображать легко
28	рассеянный	3	2	1	0	1	2	3	внимательный
29	полный надежд	3	2	1	0	1	2	3	разочарованный
30	довольный	3	2	1	0	1	2	3	недовольный

С – с: 10 –

А – с: 10 –

Н – с: 10 –

Ключ

Категории	Номера полярных характеристик
Самочувствие (С) характеризует самочувствие и отражает силу здоровья, утомление и т.п.	1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26
Активность (А) характеризует движения, моторную подвижность, темп протекания психофизиологических процессов	3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28
Настроение (Н) характеризует эмоциональное состояние	5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30

Для оценки Самочувствия (С) и Настроения (Н) используется семи-балльная шкала со следующим порядком подсчета: 7 6 5 4 3 2 1, а для подсчета Активности (А) шкала имеет обратные значения: 1 2 3 4 5 6 7.

Ключ состоит из 5 пар прорезей, через которые подсчитывается суммарное значение категории С; затем ключ сдвигается на следующую категорию – А; затем – на категорию Н. Суммарное значение делится на десять. Например, в сумме было набрано по параметру самочувствие $C = 64 : 10 = 6,4$; и т.д.

Методика достаточно чувствительна к «нагрузкам». В бланке для регистрации ответов отмечаются время и когда проводилось тестирование «ДО» или «ПОСЛЕ» «нагрузки» – например, психотерапии (какой?) или других видов «нагрузок».

БОЛЕЗНЬ КАК ЗАЩИТА (ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА – МЕХАНИЗМЫ КОПИНГА (СОВЛАДАНИЯ))

Бланк

Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет мес.	Образование	Дата заполнения
--------------	----------	-------------------	-------------	-----------------

Текст

Запиши событие, которое стало для тебя травмирующим. Укажи, когда оно произошло. Затем охарактеризуй свое состояние и поведение с помощью противоположных характеристик, обозначенных а) и б). Выбери одну характеристику из пары и оцени ее. Чем ближе к тексту будет отмечена цифра, тем интенсивней ее значение для тебя. Таким образом охарактеризуй себя по всем 10 парам.

1) Какое событие произошло?

2) Когда это событие произошло (дата)?	число							16) Перебираю множество вариантов до тех пор, пока не найду тот, который больше всего подходит
	1	2	3	4	5	6	7	
1а) Придерживаюсь только одной линии поведения								16) Верю, что смогу справиться с ситуацией, даже если сразу не вижу выхода
2а) Полностью поглощен настоящими переживаниями								26) Знаю, что благодаря активности я смогу выйти из «тупика»
3а) Жду, что все разрешится само собой								

4а) Все происходящее не подчиняется моей воле	1	2	3	4	5	6	7	4б) Я отчетливо осознаю, откуда берут начало мои неудачи
5а) То, что происходит вокруг, кажется мне нереальным	1	2	3	4	5	6	7	5б) Я ощущаю жизнь во всей полноте
6а) Мне трудно оценить, насколько угрожающей является для меня ситуация	1	2	3	4	5	6	7	6б) Для меня не составляет труда оценить значимость и сложность ситуации
7а) Самое главное для меня – сохранить ощущение привычных условий жизни	1	2	3	4	5	6	7	7б) Я прилагаю усилия, даже если это временно нарушает мои привычные условия жизни
8а) Мои собственные домыслы часто искажают реальное положение вещей в ситуации	1	2	3	4	5	6	7	8б) Я нахожу подтверждение тому, что мои представления о ситуации совпадают с реальным положением вещей
9а) Принимая решения, я с трудом могу предположить, к каким последствиям оно приведет	1	2	3	4	5	6	7	9б) Принимая решение, я отчетливо представляю себе последствия
10а) Оказавшись в угрожающей ситуации, я предпочитаю на все закрыть глаза	1	2	3	4	5	6	7	10б) Стремлюсь лицом к лицу встретиться с неприятностями

Ключ

Сырые баллы:	1х -	2х -	3х -	4х -	5х -	6х -	7х -	Ср. - $\Sigma / 10 -$
Σ а) н к-м =	10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30							
Σ н-о к-м =	31-32-33-34-35-36-37-38-39							
Σ б) о к-м =	40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70							

С помощью методики можно выявить, какие механизмы использует ребенок и/или взрослый в сложных, стрессовых ситуациях или в посттравматическом состоянии – бессознательные психологические механизмы защиты или осознаваемые копинг-механизмы. Разработаны полярные критерии двух психологических когнитивных процессов.

Максимальное значение 70 баллов, минимальное 10 баллов. Если результат равен 35 баллам и меньше, то в поведении скорее преобладают неосознаваемые копинг-механизмы (н к-м). Если 36–45 баллов, то в устранении последствий стресса используются оба психических механизма (н о к-м). Если результат 46 баллов и больше, то используются осознаваемые копинг-механизмы (о к-м) для разрешения ситуационного события.

Бланк можно использовать многократно для динамического наблюдения за состоянием обследуемого за время психотерапии.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ (QOL) ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОМ ФУНКЦИОНАЛЬНОМ ЗАБОЛЕВАНИИ

Бланк

Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет мес.	Образование	Дата заполнения
--------------	----------	-------------------	-------------	-----------------

Текст

Как выполнять задание: в опроснике помещены 10 пунктов, характеризующих качество жизни. Прочти каждый пункт и оцени себя с помощью цифровой и словесной шкалы в разных жизненных проявлениях. Выбранный балл (цифру) перечеркни. Цифровая шкала оценки: 0 – нет проблем и до 10 – существенные проблемы.

1. МОЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ																				
0	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5	3,0	3,5	4,0	4,5	5,0	5,5	6,0	6,5	7,0	7,5	8,0	8,5	9,0	9,5	10
нормальна, не ограничена			незначительно ограничена			довольно ограничена			в средней степени ограничена			значительно ограничена			полностью ограничена					

2. КОГДА Я ОЦЕНИВАЮ СВОЮ ЖИЗНЕННУЮ СИТУАЦИЮ, ТО																				
0	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5	3,0	3,5	4,0	4,5	5,0	5,5	6,0	6,5	7,0	7,5	8,0	8,5	9,0	9,5	10
полностью удовлетворен			слегка удовлетворен			отчасти удовлетворен			скорее неудовлетворен, чем удовлетворен			очень неудовлетворен			совсем неудовлетворен					

3. (САМООЦЕНКА) – МОЕ МНЕНИЕ О СЕБЕ																				
0	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5	3,0	3,5	4,0	4,5	5,0	5,5	6,0	6,5	7,0	7,5	8,0	8,5	9,0	9,5	10
высокое			слегка снижено			отчасти снижено			достаточно низкое			в значительной степени упало			совсем низкое					

4. В ПОСЛЕДНЕЕ ВРЕМЯ Я																				
0	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5	3,0	3,5	4,0	4,5	5,0	5,5	6,0	6,5	7,0	7,5	8,0	8,5	9,0	9,5	10
не нервный и не тревожный			несколько раздражительный			достаточно нервный, раздражительный			сильно тревожный			очень нервный и тревожный			крайне нервный и тревожный					

5. В ЦЕЛОМ Я ПРЕДСТАВЛЯЮ СВОЕ БУДУЩЕЕ																				
0	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5	3,0	3,5	4,0	4,5	5,0	5,5	6,0	6,5	7,0	7,5	8,0	8,5	9,0	9,5	10
радужным и полным хороших событий			хорошим			нейтральным			довольно сложным			мрачным, унылым			полностью безнадежным					

6. МОЕ НАСТРОЕНИЕ В ПОСЛЕДНЕЕ ВРЕМЯ																				
0	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5	3,0	3,5	4,0	4,5	5,0	5,5	6,0	6,5	7,0	7,5	8,0	8,5	9,0	9,5	10
чувствую грусть		достаточно часто чувствую грусть			часто ощущаю подавленность			серьезное снижение настроения			большую часть времени подавленное			я настолько подавлен, что это пугает меня						

7. ОТНОШЕНИЯ МЕЖДУ МНОЙ И МОИМИ РОДИТЕЛЯМИ (БЛИЗКИМИ)																							
0	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5	3,0	3,5	4,0	4,5	5,0	5,5	6,0	6,5	7,0	7,5	8,0	8,5	9,0	9,5	10			
мы живем в одном мире				очень часто нам удается находить взаимопонимание				явно хорошие и замечательные				до некоторой степени мы отделяемся друг от друга				общаемся не столь часто, хотя и живем вместе				нельзя назвать их дружескими и теплыми			

8. МОИ ОТНОШЕНИЯ С ДРУЗЬЯМИ																							
0	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5	3,0	3,5	4,0	4,5	5,0	5,5	6,0	6,5	7,0	7,5	8,0	8,5	9,0	9,5	10			
полностью налажены				находим понимание друг с другом				явно хорошие				возникают трения				не столь часты и не столь продолжительны				ни с кем не дружу, и со мной ни кто не дружит			

9. УЧЕБА (РАБОТА)																							
0	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5	3,0	3,5	4,0	4,5	5,0	5,5	6,0	6,5	7,0	7,5	8,0	8,5	9,0	9,5	10			
учусь (работую) очень успешно				учусь (работую) хорошо				учусь (работую) «средне», проблем нет				стал хуже учиться (работать), отставать в учебе				Дела с учебой (работой) серьезно осложнились				дела с учебой (работой) полностью осложнились			

10. МОЕ ЗДОРОВЬЕ																							
0	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5	3,0	3,5	4,0	4,5	5,0	5,5	6,0	6,5	7,0	7,5	8,0	8,5	9,0	9,5	10			
я здоров				иногда думаю о здоровье				болею и выздоравливаю				скорее болен				много времени «бюллетеню»				серьезно болен			

Ключ

№ параграфов	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
а) Баллы каждого параграфа										
Ранжированное место										
б) Единый итоговый средний балл	$\Sigma_{кж} = \quad / 10 =$									

Качество жизни (QOL) обычно измеряется комплексным набором параграфов (пунктов; одиночных вопросов), шкал (шкала содержит различные категории и прочие способы для ответа на вопрос (параграф)), областей (или сфер; сфера означает фокус, в котором концентрируются параграфы одной генеральной совокупности, например пищеварение, сон и т.д.) и инструментов (или индексов; набор параграфов, используемый для получения желаемых данных; инструмент может содержать один глобальный параграф или иметь множество параграфов, которые могут (или не могут) быть объединены в одну сферу). Инструментов в исследовании (определении) QOL может быть использовано один или несколько. Если используется один инструмент, итоговый результат по множеству компонентов (параграфов или областей) выстраивается в профиль, который содержит компоненты, называемые субшкалами, все компоненты суммируются в единый итоговый балл. Если в исследовании используется несколько инструментов, то их результаты могут быть отражены либо в виде профиля баллов по каждому ин-

струменту, либо суммой баллов по всем инструментам, и тогда определяется так называемый глобальный рейтинг.

В методике используются десять глобальных параграфов, каждый из которых оценивается по визуальным вербально-цифровым шкалам, сформулированные для каждого параграфа. Оценка может проводиться многократно, если с опрашиваемым проводятся социальные, лечебные, психотерапевтические мероприятия (помощь).

Испытуемый отвечает на вопросы о качестве жизни и оценивает свое состояние с помощью вербально-цифровой шкалы от 0 – совсем не выражено, до 10 – абсолютно выражено.

Отмеченные баллы испытуемые записывают в отведенное для каждого параграфа место. Также можно подсчитать глобальный индекс качества жизни, равный сумме баллов всех параграфов, деленной на десять (количество параграфов). $\Sigma КЖ (QOL) = \text{сумма} / 10$.

Для интерпретации выделяются 9 групп, которые совпадают во всех десяти параграфах между собой по числовым и смысловым (вербальным) значениям. Например, для параграфа ЗДОРОВЬЕ:

1) 0 – абсолютно здоров (для других параграфов смысловое значение приобретает значение, абсолютное по качеству);

2) 0,5–1,0–1,5 – хорошее здоровье, благополучие (очень высокое качество жизни);

3) 2,0–2,5–3,0 – размышление о здоровье или возможности заболеть (высокое качество жизни);

4) 3,5–4,0–4,5 – кратковременное функциональное нестабильное состояние с выходом из него (выздоровлением) (хорошее качество жизни);

5) 5,0 – появление непродолжительных состояний какого-то хронического заболевания (среднее качество жизни);

6) 5,5–6,0–6,5 – наличие хронического состояния с непродолжительными перерывами (ремиссиями) (плохое качество жизни)

7) 7,0–7,5–8,0 – значительное время находится в состоянии нездоровья (низкое качество жизни);

8) 8,5–9,0–9,5 – хроническое «неизлечимое» состояние (заболевание) (очень низкое качество жизни);

9) 10,0 – абсолютно плохое качество жизни.

Чем выше результат по каждому параграфу, тем хуже качество жизни QOL. Например, по всем 10 параграфам отмечено суммарно 35,5 баллов:

$35,5 : 10 = 3,55$ балла, что соответствует четвертому (4) – хорошему качеству жизни.

Также можно ранжировать результаты в порядке их максимального значения, что будет наглядно отражать, какие параграфы в наибольшей степени снижают качество жизни. При работе можно в первую очередь обращать внимание на параграфы, получившие 1, 2, 3 ранжированные места (эти параграфы ухудшают качество жизни) и 8, 9, 10 места, улучшающие качество жизни. Проведение детализированного дополнительного опроса о том, что именно снижает качество жизни относительно того или иного параграфа, дает возможность наметить пути устранения причин, условий и т.п. ухудшения качества жизни, и провести социально-психологическую работу по его повышению.

МЕТОДИКА ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ (Социофобия по Шихану)

Бланк

Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет	Образование	Дата заполнения
--------------	----------	--------------	-------------	-----------------

Текст

Как выполнять задание. Ответьте на вопрос: насколько на данный момент проблемы отражаются в указанных областях вашей жизни? На шкале от 0 до 10 отметьте (поставьте крестик – X) цифру, больше всего соответствующую той степени нарушений или затруднений, которые имеются в этой области в настоящее время.

1) Обучение (занятия в школе или институте, университете и т.п.)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
совсем не страдает	слегка страдает		умеренно страдает		сильно страдает			очень сильно страдает		
2) Общественная жизнь и досуг										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
совсем не страдает	слегка страдает		умеренно страдает		сильно страдает			очень сильно страдает		
3) Жизнь в семье и обязанности										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
совсем не страдает	слегка страдает		умеренно страдает		сильно страдает			очень сильно страдает		
4) Подготовка к занятиям (уроки), самовоспитание										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
совсем не страдает	слегка страдает		умеренно страдает		сильно страдает			очень сильно страдает		
5) Здоровье										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
совсем не страдает	слегка страдает		умеренно страдает		сильно страдает			очень сильно страдает		
6)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
совсем не страдает	слегка страдает		умеренно страдает		сильно страдает			очень сильно страдает		
7)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
совсем не страдает	слегка страдает		умеренно страдает		сильно страдает			очень сильно страдает		

Ключ

1)-	2)-	3)-	4)-	5)-	6)-	7)-
ΣКЖСб / число параметров =						

В методике применяются пять наиболее значимых параметров социальных взаимоотношений и личностного реагирования, также можно самим указать (записать) области жизни, которые значимы для испытуемого, и дать им соответствующую оценку в пунктах 6 и 7. Методика предназначена для людей

любого возраста, можно проводить разовое и динамическое, индивидуальное и групповое исследование испытуемых.

Подсчитывается суммарный индекс социальной фобии: отмеченные испытуемым баллы суммируются и делятся на число параметров. Минимальное значение по методике – 0 баллов, максимальное – 50 (при пяти параметрах), минимальное среднее значение – 0 баллов, максимальное – 5,0 баллов. Чем выше средний балл, тем выше социальная дезадаптация. Также возможен качественный анализ полученного результата, то есть – какие социальные параметры наиболее дезадаптируют испытуемого.

МОТИВАЦИЯ К ВЫЗДОРОВЛЕНИЮ

Текст

Как выполнять задание: ответь «да» или «нет» на каждое из следующих утверждений.

1. Я легко раздражаюсь, когда замечаю, что не могу на все 100 % выполнить задание.
2. Когда я учусь, это выглядит так, будто я все ставлю на карту.
3. Когда возникает проблемная ситуация, я чаще всего принимаю решение одним из последних.
4. Когда у меня два дня подряд нет дел, я теряю покой.
5. По отношению к себе я более строг, чем по отношению к другим.
6. Я более доброжелателен, чем другие.
7. Когда я оказываюсь от трудного задания (например, урока), потом я сурово осуждаю себя, так как знаю, что в нем я добился бы успеха.
8. В процессе подготовки домашнего задания я нуждаюсь в небольших паузах для отдыха.
9. Выраженное неодобрение стимулирует меня сильнее, чем похвала.
10. Я знаю, что меня считают деятельным человеком.
11. Препятствия делают меня более твердым.
12. У меня есть стремление к известности.
13. Нужно полагаться только на себя.
14. В жизни мало более важных вещей, чем деньги.
15. В конце каникул я обычно радуюсь, что скоро пойду учиться.
16. Когда я расположен к учебе, я делаю ее лучше и быстрее, чем другие.
17. Мне проще и легче общаться с людьми, которые могут упорно учиться.
18. Когда у меня нет дел, я чувствую что мне не по себе.
19. Мне приходится выполнять ответственные поручения чаще, чем другим.
20. Когда мне приходится принимать решение, я стараюсь делать это как можно лучше.
21. Мои успехи в какой-то мере зависят от моего окружения.
22. Когда я учусь вместе с другими, это дает больший результат, чем когда я выполняю что-то один.
23. Когда я уверен, что стою на правильном пути, для доказательства своей правоты я иду вплоть до крайней меры.
24. В некоторые дни мои успехи ниже среднего.
25. Меня больше привлекает что-то совсем другое, чем то, чем я сейчас занят.
26. Когда я учусь без вдохновения, это обычно заметно.

27. Иногда я откладываю то, что должен сделать сейчас.
28. Я менее честолюбив (стремление к известности, почестям), чем многие другие.
29. Мои друзья иногда считают меня ленивым.
30. Я обычно обращаю мало внимания на свои достижения.
31. Многое из того, за что я берусь, я не довожу до конца.
32. Я завидую тем, кто не загружен занятиями.
33. Когда имеется выбор между двумя вариантами – его лучше сделать быстрее, чем отложить на определенное время.
34. Усердие – это не основная моя черта.
35. Мои достижения в учебе и труде не всегда одинаковые.
36. При выполнении задания (например, уроков) я не рассчитываю на помощь других.
37. Всегда, когда мне предстоит выполнить важное задание (подготовка к контрольной), я ни о чем другом не думаю.
38. Бессмысленно противодействовать воле тех, кто руководит (родителям, директору, учителям, психологам и т.п.).
39. Иногда не знаешь, какое задание придется выполнять.
40. Когда что-то не ладится, я нетерпелив.
41. Я не завидую тем, кто стремится к власти и высокому положению.

Бланк

Фамилия, имя		Пол: М Ж		Возраст: лет мес.		Образование		Дата заполнения									
1 да нет	2 да нет	3 да нет	4 да нет	5 да нет	6 да нет	7 да нет	8 да нет	9 да нет	10 да нет	11 да нет							
12 да нет	13 да нет	14 да нет	15 да нет	16 да нет	17 да нет	18 да нет	19 да нет	20 да нет	21 да нет	22 да нет	23 да нет						
24 да нет	25 да нет	26 да нет	27 да нет	28 да нет	29 да нет	30 да нет	31 да нет	32 да нет	33 да нет	34 да нет	35 да нет	36 да нет	37 да нет	38 да нет	39 да нет	40 да нет	41 да нет

Ключ

$\Sigma 1-23-$	$\Sigma 24-32-$	$\Sigma 33-41-$			
$\Sigma y(1-32) =$	$x 3,125\% =$	$\%$	$\Sigma ny(33-41) =$	$x 11,11\% =$	$\%$
$\Sigma y = (1-32) =$	$-$	$\Sigma ny = 2,65 x (33-41) =$	$ЧМ =$	$-$	$-$

Методика определяет уровень мотивации к успеху. Утверждения делятся на две группы – а) стремление к успеху (У) номера с 1 по 32 и стремление избежать неудачи (НУ) номера с 33 по 41.

Подсчет результатов проводится следующим образом: подсчитываются ответы «да» с 1 по 23 номер и ответы «нет» с 24 по 32 номер; эти ответы суммируются и записываются в бланке для ответов в соответствующие места.

В оригинале ответы на утверждения с 33 по 41 номера не учитываются. Но можно проводить подсчет результата дальше: подсчитываются ответы «да» с 33 по 41 номер.

Сырые результаты можно отобразить в процентах – для успеха сырой результат умножается (x) на 3,125%, для отображения в процентах неуспеха сырой результат умножается (x) на 11,11%.

$\Sigma y(1-32) =$	$x 3,125\% =$	$\%$	$\Sigma ny(33-41) =$	$x 11,11\% =$	$\%$
--------------------	---------------	------	----------------------	---------------	------

Подсчет чистой мотивации (ЧМ):

$ЧМ = \Sigma y = (1-32)$ сумма номеров с 1 по 32 минус (-) $\Sigma ny = 2,65 \times x$ (33-41) сумма номеров с 33 по 41 умноженная (x) на коэффициент 2,65

$\Sigma y - (1-32) =$	$\Sigma ny - 2,65 \times (33-41) =$	ЧМ =
-----------------------	-------------------------------------	------

Автор дает таблицу подсчета результатов ответов с 1 по 33 номера (подсчет см. выше):

- от 1 до 10 баллов - низкая мотивация к успеху;
- от 11 до 16 баллов средний уровень мотивации;
- от 17 до 20 баллов высокий уровень мотивации;
- от 21 до 23 слишком высокий уровень мотивации.

ТЕСТ КЕТТЕЛЛА, ДЕТСКИЙ ВАРИАНТ CPO

Текст

Как выполнять задание: вопросы состоят из двух частей, разделенных словом «или». Читая вопросы, выбирай ту часть, которая подходит тебе больше. В бланке для ответов против каждого номера вопроса есть буква «а», соответствующая левой части вопроса (все, что находится до слова «или»), и буква «б», соответствующая правой части (все, что находится после слова «или»). Поставь букву, которая соответствует той части вопроса, которую ты выбрал(а). В некоторых вопросах может не быть формулировок, подходящих для тебя точно (или бывает «и так, и так»). Тогда отмечай ту, которая подходит тебе больше (или как чаще бывает). Есть вопросы, имеющие три варианта ответов (11, 15, 19, 23, 27). Просмотри все варианты и выбери один из них. Не разрешается пропускать вопросы, а также давать больше одного ответа на вопрос.

Для мальчиков. Часть I

а	или	б
1-1. Ты быстро справляешься со своими домашними заданиями	или	ты их выполняешь долго
2-11. Какое слово будет противоположным по значению к слову «собирать» «раздавать» или «накапливать» или «беречь»		
3-3. Ты думаешь, что почти все можешь сделать как надо	или	ты можешь справиться только с некоторыми заданиями
4-12. Ты обычно молчаливый	или	много говоришь
5-13. Если мама на тебя сердится, это иногда бывает ее ошибкой	или	у тебя ощущение, что ты сделал что-то неправильно
6-14. Тебе понравилось бы больше заниматься с книгами в библиотеке	или	быть капитаном дальнего плавания
7-31. Ты слушаешь «новости» по телевизору	или	ты идешь играть, когда они начинаются
8-32. Тебя обижают взрослые	или	они тебя хорошо понимают
9-33. Ты спокойно переходишь улицу, где большое движение транспорта	или	ты немного волнуешься
10-34. С тобой случаются большие неприятности	или	мелкие, незначительные
11-51. Скорее тебе понравилось бы работать на кондитерской фабрике	или	быть учителем
12-53. Если тебя толкают в автобусе, ты считаешь, что ничего особенного не произошло	или	тебя это сердит

13-2. Если над тобой подшутили, ты немного сердишься	или	смеешься
15-4. Ты часто делаешь ошибки	или	ты их почти не делаешь
14-15. Какая из следующих букв отличается от двух других? «с» или «т» или «у»		
16-16. Ты можешь вечером долго сидеть спокойно	или	начинаешь ерзать
17-17. Если ребята беседуют о каком-то месте, которое и ты хорошо знаешь, ты тоже начинаешь рассказывать о нем что-нибудь	или	ты ждешь, когда они закончат
18-18. Ты смог бы стать космонавтом	или	ты думаешь, что это слишком сложно
19-35. Если ты знаешь вопрос, ты сразу же поднимаешь руку	или	ждишь, когда тебя вызовут, не поднимая руки
20-36. Когда в класс приходит новичок, ты с ним знакомишься так же быстро, как и остальные ребята	или	тебе надо больше времени
21-37. Охотнее ты стал бы водителем какого-нибудь транспорта (автобуса, троллейбуса, такси)	или	врачом
22-38. Ты часто огорчаешься, когда что-то не сбывается	или	редко
23-52. Когда ребята в классе шумят, ты всегда сидишь тихо	или	ты шумишь вместе с ними
24-54. Случалось тебе делать что-то такое, чего не следовало делать	или	такого не случилось с тобой
25-5. У тебя много друзей	или	не очень много
26-19. Дан цифровой ряд: 2, 4, 8, ... Какая следующая цифра в этом ряду? 10 или 16 или 12		
27-6. Другие мальчики умеют больше, чем ты	или	ты можешь столько же
28-20. Твоя мама говорит, что ты слишком живой и беспокойный	или	ты тихий и спокойный
29-21. Ты охотнее слушаешь, как рассказывает кто-то из ребят	или	тебе больше нравится рассказывать самому
30-22. В свободное время ты лучше почитал бы книгу	или	поиграл в мяч
31-39. Когда кто-то из детей просит помочь ему на контрольной, ты говоришь, чтобы он сам все решал	или	помогаешь, если не видит учитель
32-40. В твоём присутствии взрослые разговаривают между собой	или	они частенько слушают тебя
33-41. Если ты слышишь грустную историю, слезы могут навернуться на твои глаза	или	этого не бывает
34-42. Большинство твоих планов тебе удается осуществить	или	порой получается не так, как ты задумал
35-55. Ты предпочитаешь друзей, которые любят побаловаться, побегать, пошалить	или	тебе нравятся более серьезные
36-56. Ты испытываешь беспокойство, раздражение, когда приходится сидеть тихо и ждать, пока что-то начнется	или	тебе не доставляет никакого труда долгое ожидание
37-7. Всегда ли ты хорошо запоминаешь имена людей	или	случается, что ты их забываешь
38-23. Дана группа слов: «холодный», «горячий», «мокрый», «теплый». Одно слово не подходит по смыслу к остальным. Какое? «мокрый» или «холодный» или «теплый»		
39-8. Ты много читаешь	или	большинство ребят читает больше

40-24. Ты всегда осторожен в своих движениях	или	бывает, когда ты бегашь, то задеваешь за предметы
41-25. Ты тревожишься, что тебя могут наказать	или	тебя это никогда не волнует
42-26. Тебе больше понравилось бы строить дома, когда ты вырастешь	или	быть летчиком
43-43. Когда мама зовет тебя домой, ты продолжишь играть еще немного	или	идешь сразу же
44-44. Можешь ли ты свободно встать в классе и что-то рассказать	или	ты робеешь, смущаешься
45-45. Понравилось бы тебе оставаться с маленькими детьми	или	тебе не понравилось бы оставаться с ними
46-46. Бывает так, что тебе одиноко и грустно	или	такого с тобой не бывает
47-57. Охотнее ты сейчас бы ходил в школу	или	поехал путешествовать в автомобиле
48-58. Бывает иногда, что ты злишься на всех	или	ты всегда доволен всеми
49-9. Когда учитель выбирает другого мальчика для работы, которую ты сам хотел сделать, тебе становится обидно	или	ты быстро об этом забываешь
50-27. Когда Коле было столько же лет, сколько Наташе сейчас, Аня была старше его. Кто моложе всех? Коля или Аня или Наташа		
51-10. Ты считаешь, что твои выдумки, предложения, идеи хорошие и правильные	или	ты не уверен в этом
52-28. Учитель часто делает тебе замечания на уроках	или	он считает, что ты ведешь себя так, как надо
53-29. Когда твои друзья спорят о чем-то, ты вмешиваешься в их спор	или	молчишь
54-30. Ты можешь заниматься, когда другие в классе разговаривают, смеются	или	когда ты занимаешься, должна быть тишина
55-47. Уроки дома ты делаешь в разное время дня	или	в одно и то же время дня
56-48. Хорошо ли тебе живется	или	не совсем хорошо
57-49. С большим удовольствием ты отправился бы за город, полюбоваться красивой природой	или	на выставку современных машин
58-50. Если тебе делают замечания, ругают, ты сохраняешь спокойствие и хорошее настроение	или	ты сильно расстраиваешься
59-59. Какой учитель тебе понравился бы больше: мягкий, снисходительный	или	строгий
60-60. Дома ты ешь все, что тебе предлагают	или	ты протестуешь, когда дают пищу, которую ты не любишь

Для мальчиков. Часть II

1-1. К тебе хорошо относятся почти все	или	только некоторые люди
2-11. Больше всего общего со «льдом», «паром», «снегом» имеют «вода» или «буря» или «зима»		
3-3. Ты заканчиваешь свою работу быстрее, чем другие	или	тебе надо немного больше времени
4-12. Ты сидишь во время урока спокойно	или	любишь повертеться
5-13. Ты возражаешь иногда своей маме	или	ты ее побаиваешься
6-14. Тебе больше нравится кататься на лыжах в парке, в лесу	или	кататься на лыжах с высоких гор

7-31. Ты всегда помогаешь новым ученикам, которые пришли к вам в класс	или	обычно это делают другие
8-32. Ты долго помнишь о своих неприятностях	или	ты быстро о них забываешь
9-33. В игре ты с большим удовольствием изображал бы пилота сверхзвукового самолета	или	известного писателя
10-34. Если мама тебя отругала, ты становишься грустным	или	настроение у тебя почти не портится
11-51. В свободное время ты лучше пошел бы в кино	или	сажать деревья во дворе
12-53. Если друзья берут твои вещи без спроса, ты считаешь, что в этом нет ничего особенного	или	ты сердинься на них
13-2. Когда ты утром просыпаешься, ты сначала сонный и вялый	или	тебе сразу хочется повеселиться
14-15. «Ходить» так относится к слову «бегать», как «медленно» к слову «верхом» или «ползком» или «быстро»		
15-4. Бываешь ли ты иногда неуверен в себе	или	ты уверен в себе
16-16. Ты считаешь, что ты всегда вежлив	или	бываешь надоедливым
17-17. Говорят ли, что с тобой трудно договориться (ты любишь настаивать на своем)	или	с тобой легко иметь дело
18-18. Менялся ли ты с кем-нибудь из ребят своими вещами (карандашом, линейкой, ручкой)	или	ты этого никогда не делал
19-35. Ты всегда собираешь свой портфель с вечера	или	бывает, что делаешь это утром
20-36. Хвалит ли тебя учитель	или	он о тебе мало говорит
21-37. Можешь ли ты прикоснуться к пауку	или	паук тебе неприятен
22-38. Часто ли ты обижаешься	или	это случается очень редко
23-52. Ты охотнее расскажешь маме о своих школьных делах	или	о прогулке, экскурсии
24-54. При неожиданном звуке тебе случалось вздрогнуть	или	ты просто оглядываешься
25-5. Ты всегда радуешься, когда видишь своих школьных друзей	или	иногда тебе не хочется никого видеть
26-19. Дан цифровой ряд: 7, 5, 3, ... Какая следующая цифра	цифра	в этом ряду? 2 или 1 или 9
27-6. Говорит ли тебе мама, что ты медлителен	или	ты делаешь все быстро
28-20. Хочется ли тебе быть иногда непослушным	или	у тебя никогда нет такого желания
29-21. Твоя мама делает все лучше, чем ты	или	часто твоё предложение бывает лучше
30-22. Если бы ты был диким животным, ты охотнее стал быстрой лошадью	или	львом
31-39. Когда родители говорят, что тебе пора спать, ты сразу же идешь	или	еще немного продолжаешь заниматься своим делом
32-40. Ты смущаешься, когда приходится разговаривать с незнакомым человеком	или	ты совсем не смущаешься
33-41. Ты скорее стал бы художником	или	охотником
34-42. У тебя все удачно выходит	или	бывают неудачи
35-55. Тебе больше нравится, когда вы с ребятами рассказываете что-то друг другу	или	тебе больше нравится играть с ними
36-56. Повышаешь ли ты голос в разговоре, когда сильно взволнован	или	ты всегда разговариваешь спокойно
37-7. Другим детям нравится то, что ты предлагаешь	или	им не всегда это нравится

38-23. Дана группа слов «некоторые», «все», «часто», «никто». Одно слово не подходит к остальным. Какое? «Часто» или «никто» или «все»		
39-8. В школе ты выполняешь все точно так, как требуют	или	твои одноклассники выполняют требования учителя более точно
40-24. Когда тебе сообщают приятную новость, ты радуешься спокойно	или	тебе от радости хочется прыгать
41-25. Если кто-то к тебе относится не очень хорошо, ты прощаешь ему это	или	ты относишься к нему так же
42-26. Что тебе больше понравилось бы в бассейне: плавать	или	нырять с вышки
44-44. Можешь ли ты рассказывать смешные истории так, чтобы все смеялись	или	ты находишь, что это не очень легко делать
43-43. Если ты не понял условие задачи, ты обращаешься к товарищу	или	к учителю
45-45. После урока тебе хочется некоторое время побыть около учителя	или	тебе хочется сразу же идти гулять в коридор
46-46. Иногда ты сидишь без дела и чувствуешь себя плохо	или	такого с тобой не бывает
47-57. Охотнее ты пошел бы на урок	или	посмотрел бы встречу по футболу
48-58. Если ты слушаешь радио или смотришь телевизор, тебе мешают посторонние разговоры	или	ты их не замечаешь
49-9. Думаешь ли ты, что дети стараются перехитрить тебя	или	они относятся к тебе по-дружески
50-27. Вова моложе Пети, Сережа моложе Вовы. Кто самый старший? Сережа или Вова или Петя		
51-10. Ты делаешь все всегда хорошо	или	бывают дни, когда у тебя ничего не получается
52-28. Учитель иногда говорит, что ты недостаточно внимателен и допускаешь много помарок в тетради	или	он этого почти никогда не говорит
53-29. В спорах ты во что бы то ни стало стремишься доказать то, что ты хочешь	или	спокойно можешь уступить
54-30. Ты лучше послушал бы историю о войне	или	о жизни животных
55-47. По пути из школы ты останавливаешься поиграть	или	после школы ты идешь сразу домой
56-48. Всегда ли твои родители выслушивают тебя	или	они часто сильно заняты
57-49. Когда ты не можешь выйти из дома, тебе грустно	или	тебе это безразлично
58-50. У тебя мало затруднений	или	много
59-59. Бывает ли тебе трудно в школе	или	тебе легко в школе
60-60. Если тебя дома чем-то разозлили, ты спокойно выходишь из комнаты	или	выходя из комнаты, ты можешь хлопнуть дверь

Для девочек. Часть I

Ты быстро справляешься со своими домашними заданиями	или	ты их выполняешь долго
13-2. Если над тобой подшутили, ты немного сердился	или	смеешься

3-3. Ты думаешь, что почти все можешь сделать как надо	или	ты можешь справиться только с некоторыми заданиями
15-4. Ты часто делаешь ошибки	или	ты их почти не делаешь
25-5. У тебя много друзей	или	не очень много
27-6. Другие девочки умеют больше, чем ты	или	ты можешь столько же
37-7. Всегда ли ты хорошо запоминаешь имена людей	или	случается, что ты их забываешь
39-8. Ты много читаешь	или	большинство ребят читает больше
49-9. Когда учитель выбирает другую девочку для работы, которую ты сама хотела сделать, тебе становится обидно	или	ты быстро об этом забываешь
51-10. Ты считаешь, что твои выдумки, предложения, идеи хорошие и правильные	или	ты не уверена в этом
2-11. Какое слово будет противоположным по значению к слову «собирать»: «раздавать» или «накапливать» или «беречь»?		
4-12. Ты обычно молчаливая	или	много говоришь
5-13. Если мама на тебя сердится, это иногда бывает ее ошибкой	или	у тебя ощущение, что ты сделала что-то неправильно
6-14. Тебе понравилось бы больше заниматься с книгами в библиотеке	или	быть капитаном дальнего плавания
14-15. Какая из следующих букв отличается от двух других? «с» или «т» или «у»		
16-16. Ты можешь вечером долго сидеть спокойно	или	начинаешь ерзать
17-17. Если девочки беседуют о каком-то месте, которое и ты хорошо знаешь, ты тоже начинаешь рассказывать о нем что-нибудь	или	ты ждешь, когда они закончат
18-18. Ты смогла бы стать космонавтом	или	ты думаешь, что это слишком сложно
26-19. Дан цифровой ряд: 2, 4, 8, ... Какая цифра в этом ряду следующая? 10 или 16 или 12		
28-20. Твоя мама говорит, что ты слишком оживленная и беспокойная	или	ты тихая и спокойная
29-21. Ты охотнее слушаешь, как рассказывает кто-то из ребят	или	тебе больше нравится рассказывать самой
30-22. В свободное время ты лучше почитала бы книгу	или	поиграла в мяч
38-23. Дана группа слов: «холодный», «горячий», «мокрый», «теплый». Одно слово не подходит по смыслу к остальным. Какое? «Мокрый» или «холодный» или «теплый»		
40-24. Ты всегда осторожна в своих движениях	или	бывает, когда ты бегаешь, то задеваешь за предметы
41-25. Ты тревожишься, что тебя могут наказать	или	тебя это никогда не волнует
42-26. Тебе больше понравилось бы строить дома, когда ты вырастешь	или	быть летчиком
50-27. Когда Коле было столько же лет, сколько Наташе сейчас, Аня была старше его. Кто моложе всех? Коля или Аня или Наташа		
52-28. Учитель часто делает тебе замечания на уроках	или	он считает, что ты ведешь себя так, как надо

53-29. Когда твои друзья спорят о чем-то, ты вмешиваешься в их спор	или	молчишь
54-30. Ты можешь заниматься, когда другие в классе разговаривают, смеются	или	когда ты занимаешься, должна быть тишина
7-31. Ты слушаешь «новости» по телевизору	или	ты идешь играть, когда они начинают
8-32. Тебя обижают взрослые	или	они тебя хорошо понимают
9-33. Ты спокойно переходишь улицу, где большое движение транспорта	или	ты немного волнуешься
10-34. С тобой случаются большие неприятности	или	мелкие, незначительные
19-35. Если ты знаешь вопрос, ты сразу же поднимаешь руку	или	ждешь, когда тебя вызовут, не поднимая руки
20-36. Когда в класс приходит новенькая, ты с ней знакомишься так же быстро, как и остальные ребята	или	тебе надо больше времени
21-37. Охотнее ты стала бы водителем какого-нибудь транспорта (автобуса, троллейбуса, такси)	или	врачом
22-38. Ты часто огорчаешься, когда что-то не сбывается	или	редко
31-39. Когда кто-то из детей просит помочь ему на контрольной, ты говоришь, чтобы он сам все решал	или	помогаешь, если не видит учитель
32-40. В твоём присутствии взрослые разговаривают между собой	или	они частенько слушают тебя
33-41. Если ты слышишь грустную историю, слезы могут навернуться на твои глаза	или	этого не бывает
34-42. Большинство твоих планов тебе удается осуществить	или	порой получается не так, как ты задумала
43-43. Когда мама зовет тебя домой, ты продолжаешь играть еще немного	или	идешь сразу же
44-44. Можешь ли ты свободно встать в классе и что-то рассказать	или	ты робеешь, смущаешься
45-45. Понравилось бы тебе оставаться с маленькими детьми	или	тебе не понравилось бы оставаться с ними
46-46. Бывает так, что тебе одиноко и грустно	или	такого с тобой не бывает
57-47. Уроки дома ты делаешь в разное время дня	или	в одно и то же время дня
56-48. Хорошо ли тебе живется	или	не совсем хорошо
57-49. С большим удовольствием ты отправилась бы за город, полюбоваться красивой природой	или	на выставку современных машин
58-50. Если тебе делают замечания, ругают, ты сохраняешь спокойствие и хорошее настроение	или	ты сильно расстраиваешься
11-51. Скорее тебе понравилось бы работать на кондитерской фабрике	или	быть учительницей
23-52. Когда ребята в классе шумят, ты всегда сидишь тихо	или	ты шумишь вместе с ними
12-53. Если тебя толкают в автобусе, ты считаешь, что ничего особенного не произошло	или	тебя это сердит
24-54. Случалось тебе делать что-то такое, чего не следовало делать	или	такого не случилось с тобой
53-55. Ты предпочитаешь друзей, которые любят побаловаться, побегать, пошалить	или	тебе нравятся более серьезные

36-56. Ты испытываешь беспокойство, раздражение, когда приходится сидеть тихо и ждать, пока что-то начнется	или	тебе не доставляет никакого труда долгое ожидание
47-57. Охотнее ты сейчас ходила бы в школу	или	поехала путешествовать в автомобиле
48-58. Бывает иногда, что ты злишься на всех	или	ты всегда довольна всеми
59-59. Какой учитель тебе понравился бы больше: мягкий, снисходительный	или	строгий
60-60. Дома ты ешь все, что тебе предлагают	или	ты протестуешь, когда дают нищу, которую ты не любишь

Для девочек. Часть II

1-1. К тебе хорошо относятся почти все	или	только некоторые люди
13-2. Когда ты утром просыпаешься, ты сначала сонная и вялая	или	тебе сразу хочется повеселиться
3-3. Ты заканчиваешь свою работу быстрее, чем другие	или	тебе надо немного больше времени
15-4. Бываешь ли ты иногда не уверена в себе	или	ты уверена в себе
25-5. Ты всегда радуешься, когда видишь своих школьных друзей	или	иногда тебе не хочется никого видеть
27-6. Говорит ли тебе мама, что ты медлительна	или	ты делаешь все быстро
37-7. Другим детям нравится то, что ты предлагаешь	или	им не всегда это нравится
39-8. В школе ты выполняешь все точно так, как требуют	или	твои одноклассники выполняют требования учителя более точно
49-9. Думаешь ли ты, что дети стараются перехитрить тебя	или	они относятся к тебе по-дружески
51-10. Ты делаешь все всегда хорошо	или	бывают дни, когда у тебя ничего не получается
2-11. Больше всего общего с «льдом», «паром», «снегом» имеют «вода» или «буря» или «зима»		
4-12. Ты сидишь во время урока спокойно	или	любишь повертеться
5-13. Ты возражаешь иногда своей маме	или	ты ее побаиваешься
6-14. Тебе больше нравится кататься на лыжах в парке, в лесу	или	кататься на лыжах с высоких гор
14-15. «Ходить» так относится к слову «бегать», как «медленно» к слову «верхом» или «ползком» или «быстро»		
16-16. Ты считаешь, что ты всегда вежлива	или	бываешь надоедливой
17-17. Говорят ли, что с тобой трудно договориться (ты любишь настаивать на своем)	или	с тобой легко иметь дело
18-18. Менялась ли ты с кем-нибудь из ребят своими вещами (карандашом, линейкой, ручкой)	или	ты этого никогда не делала
26-19. Дан цифровой ряд: 7, 5, 3... Какая следующая цифра в этом ряду? 2 или 1 или 9		
18-20. Хочется ли тебе быть иногда непослушной	или	у тебя никогда нет такого желания
29-21. Твоя мама делает все лучше, чем ты	или	часто твое предложение бывает лучше
30-22. Если бы ты была диким животным, ты охотнее стала быстрой лошадкой	или	тигрицей

38-23. Дана группа слов «некоторые», «все», «часто», «никто».		
Одно слово не подходит к остальным. Какое? «Часто» или «никто» или «все»		
40-24. Когда тебе сообщают приятную новость, ты радуешься спокойно	или	тебе от радости хочется прыгать
41-25. Если кто-то к тебе относится не очень хорошо, ты прощаешь ему это	или	ты относишься к нему так же
42-26. Что тебе больше понравилось бы в бассейне: плавать	или	нырять с вышки
50-27. Вова моложе Пети, Сережа моложе Вовы. Кто самый старший? Сережа или Вова или Петя		
52-28. Учитель иногда говорит, что ты недостаточно внимательна и допускаешь много помарок в тетради	или	он этого почти никогда не говорит
53-29. В спорах ты во что бы то ни стало стремишься доказать то, что ты хочешь	или	спокойно можешь уступить
54-30. Ты лучше послушала бы историю о войне	или	о жизни животных
7-31. Ты всегда помогаешь новым ученикам, которые пришли к вам в класс	или	обычно это делают другие
8-32. Ты долго помнишь о своих неприятностях	или	ты быстро о них забываешь
9-33. Тебе бы больше понравилось уметь шить наряды	или	быть балериной
10-34. Если мама тебя отругала, ты становишься грустной	или	настроение у тебя почти не портится
19-35. Ты всегда собираешь свой портфель с вечера	или	бывает, что ты делаешь это утром
20-36. Хвалит ли тебя учитель	или	он о тебе мало говорит
21-37. Можешь ли ты прикоснуться к науке	или	паук тебе неприятен
22-38. Часто ли ты обижаешься	или	это случается очень редко
31-39. Когда родители говорят, что тебе пора спать, ты сразу же идешь	или	еще немного продолжаешь заниматься своим делом
32-40. Ты смущаешься, когда приходится разговаривать с незнакомым человеком	или	ты совсем не смущаешься
33-41. Ты скорее стала бы художником	или	хорошим парикмахером
34-42. У тебя все удачно выходит	или	бывают неудачи
43-43. Если ты не поняла условие задачи, ты обращаешься к товарищу	или	к учителю
44-44. Можешь ли ты рассказывать смешные истории так, чтобы все смеялись	или	ты находишь, что это не очень легко делать
45-45. После урока тебе хочется некоторое время побыть около учителя	или	тебе хочется сразу же идти гулять в коридор
46-46. Иногда ты сидишь без дела и чувствуешь себя плохо	или	такого с тобой не бывает
55-47. По пути из школы ты останавливаешься поиграть	или	после школы ты идешь сразу домой
56-48. Всегда ли твои родители выслушивают тебя	или	они часто сильно заняты
57-49. Когда ты не можешь выйти из дома, тебе грустно	или	тебе это безразлично
58-50. У тебя мало затруднений	или	много
11-51. В свободное время ты лучше пошла бы в кино	или	сажать деревья во дворе
23-52. Ты охотнее расскажешь маме о своих школьных делах	или	о прогулке, экскурсии

12-53. Если друзья берут твои вещи без спроса, ты считаешь, что в этом нет ничего особенного	или	ты сердиться на них
24-54. При неожиданном звуке тебе случалось вздрогнуть	или	ты просто оглядываешься
35-55. Тебе больше нравится, когда вы с ребятами рассказываете что-то друг другу	или	тебе больше нравится играть с ними
36-56. Повышаешь ли ты голос в разговоре, когда сильно взволнована	или	ты всегда разговариваешь спокойно
47-57. Охотнее ты пошла бы на урок	или	посмотрела бы выступление фигуристов
48-58. Если ты слушаешь радио или смотришь телевизор, тебе мешают посторонние разговоры	или	ты их не замечаешь
59-59. Бывает ли тебе трудно в школе	или	тебе легко в школе
60-60. Если тебя дома чем-то разозлили, ты спокойно выходишь из комнаты	или	выходишь из комнаты, ты можешь хлопнуть дверью

Бланк

Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет	Образование	Дата заполнения
--------------	----------	--------------	-------------	-----------------

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	O	Q ₁	Q ₂
	1 a b	2 a b c	3 a b	4 a b	5 a b	6 a b	7 a b	8 a b	9 a b	10 a b	11 a b	12 a b
	13 a b	14 a b c	15 a b	16 a b	17 a b	18 a b	19 a b	20 a b	21 a b	22 a b	23 a b	24 a b
	25 a b	26 a b c	27 a b	28 a b	29 a b	30 a b	31 a b	32 a b	33 a b	34 a b	35 a b	36 a b
	37 a b	38 a b c	39 a b	40 a b	41 a b	42 a b	43 a b	44 a b	45 a b	46 a b	47 a b	48 a b
	49 a b	50 a b c	51 a b	52 a b	53 a b	54 a b	55 a b	56 a b	57 a b	58 a b	59 a b	60 a b
«сырые»												
стены												

Ключ

Назначение теста – оценка индивидуально-психологических особенностей личности.

Фактор	Номера вопросов, ключ ответов								
A	1a		13b		25a		37a		49b
B	2a		14c		26b		38a		50c
C	3a		15b		27b		39a		51a
D	4b		16b		28a		40b		52a
E	5a		17a		29b		41b		53a
F	6b		18a		30b		42b		54a
G	7a		19a		31a		43b		55b
H	8b		20a		32b		44a		56a
I	9b		21b		33a		45a		57a
O	10a		22a		34b		46a		58b
Q ₁	11b		23a		35b		47a		59b
Q ₂	12b		24a		36a		48a		60b

Ключ к первой и второй части теста, а так же для вариантов мальчикам и девочкам – идентичен. За ответ «а» дается 2 балла, за ответ «б» 1 балл. Ответам фактора «В» дается 1 балл.

ТАБЛИЦЫ ДЛЯ ПЕРЕВОДА СЫРЫХ БАЛЛОВ В СТЕНЫ

Мальчики 8–10 лет (n = 142)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	X	y
A	0	1-2	3	4	5	6	7	8	9	10	6,3	2,2
D	0-1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	5,6	1,8
C	0	1	2	3	4-5	6	7	8	9	10	5,4	2,2
D	0	1	2	3	4-5	6	7	8	9	10	5,3	2,4
E	0	–	1	2	3	4	5	6	7-8	9-10	4,2	2,1
F	0-1	2	3	4	5	6	7	–	8	9-10	6,4	1,8
G	0	1	2	3-4	5	6	7	8	9	10	6,0	2,2
H	0-2	3	4	5	6	7	8	–	9	10	6,1	2,2
I	–	0	1	2	3	4	5	6	7	8-10	3,8	1,9
O	–	0	1	2	3	4-5	6	7	8	9-10	3,4	2,1
Q _г	0	1	2	3	4-5	6	7	8	9	10	5,1	2,2
Q _с	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9-10	4,5	2,2

Девочки 8–10 лет (n = 152)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	X	y
A	0-1	2-3	4	5	6	7	8	9	–	10	7,0	1,9
D	0-1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	5,9	1,9
C	0	1	2	3-4	5	6	7	8	9	10	5,9	2,2
D		0	1	2	3	4	5-6	7-8	9	10	3,8	2,4
E	–	0	1	2	3	4	5	6	7	8-10	3,1	1,9
F	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9-10	4,0	2,0
G	0-1	2	3-4	5	6	7	8	–	9	10	7,2	2,1
H	0-1	2-3	4	5	6	7	8	–	9	10	6,5	2,1
I	0-1	2	3-4	5	6	7	8	9	–	10	7,0	1,8
O	–	0	1	2	3	4	5	6	7	8-10	3,7	2,1
Q _г	0-1	2	3-4	5	6	7	8	9	–	10	6,9	2,1
Q _с	–	0	1	2	3	4	5	6-7	8	9-10	3,8	2,2

Мальчики 11–12 лет (n = 141)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	X	y
A	0	1	2	3	4-5	6	7	8	9	10	5,6	2,5
D	0-2	3	4	5	6	7	8	9	–	10	6,9	1,8
C	0	1	2	3	4-5	6	7	8	9	10	5,2	2,5
D	0	1	2-3	4	5	6	7	8	9	10	5,6	2,4
E	0-1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	5,6	2,1
F	0-1	2-3	4	5	6	7	8	9	–	10	6,6	2,0
G	0	1	–	2	3	4	5	6-7	8	9-10	4,2	2,1
H	0-1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	5,8	2,3
I	0	–	1	2	3	4	5	6	7	8-10	3,4	1,9
O	–	0	1	2	3	4	5-6	7	8	9-10	3,9	2,5
Q _г	–	0	1	2	3	4	5	6	7	8-10	3,6	2,1
Q _с	0	1	2	3-4	5	6	7	8	9	10	6,0	2,4

Девочки 11–12 лет (n = 135)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	X	y
A	0-2	3	4	5	6	7	8	9	–	10	6,3	2,2
D	0-3	4	5	6	7	–	8	9	–	10	7,3	1,8
C	0	1	2	3	4-5	6	7	8	9	10	5,2	2,6
D	0	1	2	3-4	5	6	7	8	9	10	5,1	2,5
E	0-1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	5,0	2,1
F	0-1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	4,8	2,1
G	0	1	2	3	4	5	6-7	8	9	10	5,2	2,2
H	0-1	2	3	4	5-6	7	8	9	–	10	6,3	2,2
I	0-2	3	–	4	5	6	7	8	9	10	6,3	1,8
O	0	1	2	3	4	5	6-7	8	9	10	4,4	1,9
Q _г	0	1	2	3	4	5	6-7	8	9	10	4,8	2,4
Q _с	0	1	2-3	4	5	6	7	8	9	10	5,8	2,5

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕСТА

1. Фактор А	
А- / 1–3 стена	А+ / 8–10 стенов
Замкнутый, недоверчивый, обособленный, равнодушный	Открытый, доброжелательный, общительный, участливый

Высокая оценка характеризует ребенка как эмоционально-теплого, общительного, веселого. Ребенок с низкой оценкой по этому фактору отличается недоверчивостью, чрезмерной обидчивостью, отсутствием интуиции в межличностных отношениях, в его поведении часто наблюдаются негативизм, упрямство, эгоцентризм. Дети с высокими оценками по фактору А лучше приспособлены социально, девочки в среднем имеют более высокие показатели по сравнению с мальчиками.

2. Фактор В	
В- / 1–3 стена	В+ / 8–10 стенов
Низкая степень сформированности интеллектуальных функций, преобладают конкретные формы мышления, объем знаний невелик	Высокая степень сформированности интеллектуальных функций, достаточно развиты абстрактные формы мышления, большой объем знаний

Высокие оценки по данному фактору отражают хороший уровень развития вербального интеллекта, таких его функций, как обобщение, выделение частного из общего, овладение логическими и математическими операциями, легкость усвоения новых знаний. Ребенок с низкими оценками выполняет предложенные задания, используя лишь конкретно-ситуационные признаки, примитивно подходит к решению своих проблем. У этих детей часто отмечается плохое внимание, утомляемость. По этому фактору прослеживаются четкие различия между успевающими и неуспевающими школьниками, дети старшей возрастной группы имеют более высокие оценки.

3. Фактор С	
С- / 1–3 стена	С+ / 8–10 стенов
Неуверенный в себе, легко ранимый, неустойчивый	Уверенный в себе, спокойный, стабильный

Высокие значения фактора С отражают уверенность в себе и, соответственно, спокойствие, стабильность, лучшую подготовленность к успешному выполнению школьных требований. Низкие значения регистрируются у детей, которые остро реагируют на неудачи, оценивают себя как менее способных по сравнению со сверстниками, обнаруживают неустойчивость настроения, плохо контролируют свои эмоции, испытывают трудности в приспособлении к новым условиям. На отрицательном полюсе группируются дети и с неблагоприятным в учебной деятельности.

4. Фактор D	
D- / 1–3 стена	D+ / 8–10 стенов
Нетеропливый, сдержанный, флегматичный	Нетерпеливый, реактивный, легко возбудимый

Дети с высокой оценкой по этому фактору обнаруживают повышенную возбудимость или сверхреактивность на слабые провоцирующие стимулы, чрезвычайная активность у них порой сочетается с самопадежностью. Для них характерно моторное беспокойство, отвлекаемость, недостаточная концентрация внимания. Формирование этого качества связано как с особенностями темперамента, так и с условиями воспитания. Низкая оценка по этому фактору трактуется как эмоциональная уравновешенность, сдержанность. Мальчики имеют в среднем более высокие значения по сравнению с девочками.

5. Фактор Е	
Е- / 1-3 стена	Е+ / 8-10 стенов
Послушный, зависимый, уступчивый	Доминирующий, независимый, напористый

Высокие оценки регистрируются у тех, кто имеет невыраженную склонность к самоутверждению, противопоставлению себя как детям, так и взрослым, и отличается стремлением к лидерству и доминированию. Проявление этого свойства у детей нередко сопровождается поведенческими проблемами, наличием агрессии; лидерские тенденции часто не находят реального воплощения, т.к. многим формам социального взаимодействия им еще предстоит обучиться. У детей проявление этого фактора нередко выражается в виде «разговорчивости». При низких оценках ребенок демонстрирует зависимость от взрослых и других детей, легко им подчиняется. Значение этого фактора достоверно выше у школьников старшей возрастной группы.

6. Фактор F	
F- / 1-3 стена	F+ / 8-10 стенов
Благоразумный, рассудительный, осторожный, серьезный	Склонный к риску, беспечный, храбрый, веселый

Дети, имеющие высокую оценку по этому фактору, отличаются энергичностью, активностью, отсутствием страха в ситуации повышенного риска; им, как правило, присущи переоценка своих возможностей и чрезмерный оптимизм. Значения фактора F не меняются в рассматриваемом возрастном диапазоне и отражают половые различия: мальчики по сравнению с девочками показывают более высокие оценки.

7. Фактор G	
G- / 1-3 стена	G+ / 8-10 стенов
Недобросовестный, пренебрегающий обязанностями, безответственный	Добросовестный, исполнительный, ответственный

Эта шкала отражает то, как ребенок воспринимает и выполняет правила и нормы поведения, предъявляемые взрослыми. Низкие качества имеют дети, пренебрегающие своими обязанностями, не заслуживающие доверия, часто конфликтующие с родителями и учителями. У них отмечается непостоянство, несобранность, отсутствие стойкой мотивации. На положительном полюсе концентрируются школьники с высоким чувством ответственности, целеустремленные, добросовестные, аккуратные. Более высокие значения по этому фактору у детей младшей группы, девочки превосходят мальчиков.

8. Фактор H	
H- / 1-3 стена	H+ / 8-10 стенов

Робкий, застенчивый, чувствительный у угрозе	Социально-смелый, непринужденный, решительный
--	---

Этот фактор у детей отражает особенности взаимоотношений ребенка со взрослыми (родителями и учителями). Ребенок с высоким значением по фактору Н непринужден и смел в общении, легко вступает в контакт со взрослыми, дети с низким значением фактора проявляют застенчивость и робость.

9. Фактор I

I- / 1-3 стена	I+ / 8-10 стенов
Реалистичный, практичный, полагающийся на себя	Чувствительный, нежный, зависимый от других

Положительный полюс отражает эмоциональную сенситивность, богатое воображение, эстетические наклонности, «женственную» мягкость и зависимость, отрицательный – реалистический подход в решении ситуации, практицизм, мужественную независимость. Наблюдения показывают, что ребенок с высокой оценкой по этому фактору мягкий, sentimentalный, доверчивый, нуждающийся в поддержке, в большой степени подверженный влияниям внешней среды. У девочек значения достоверно выше, чем у мальчиков.

10. Фактор O

O- / 1-3 стена	O+ / 8-10 стенов
Безмятежный, спокойный, оптимистичный	Тревожный, озабоченный, полный мрачных опасений

Ребенок, имеющий высокую оценку по данному фактору, полон предчувствия неудач, легко выводится из душевного равновесия, часто имеет пониженное настроение, в то время как ребенок с низкой оценкой спокоен, редко расстраивается. Рассматриваемое свойство личности является основой возникновения невротичности. Высокий балл может быть показателем тревоги или депрессии в зависимости от ситуации.

11. Фактор Q₂

Q ₂ - / 1-3 стена	Q ₂ + / 8-10 стенов
Низкий самоконтроль, плохое понимание социальных нормативов	Высокий самоконтроль, хорошее понимание социальных нормативов

Высокое индивидуальное Q₂ может быть расценено как лучшая социальная приспособленность, более успешное овладение требованиями окружающей жизни. Низкий Q₂ выделяет того, кто не умеет контролировать свое поведение в отношении социальных нормативов, плохо организован.

12. Фактор Q₄

Q ₄ - / 1-3 стена	Q ₄ + / 8-10 стенов
Расслабленный, спокойный, невозмутимый	Напряженный, раздражительный, фрустрированный

Ребенок с высоким значением этого фактора отличается избытком побуждений, которые не находят практической разрядки в процессе деятельности. В его поведении преобладает нервное напряжение. Нередко высокий Q₄ отмечается у школьников с низкой успеваемостью, имеющих достаточно хорошие интеллектуальные способности. Ребенок с низкой оценкой спокоен и невозмутим.

МКБ-10

ОСЬ V: СОПУТСТВУЮЩИЕ АНОМАЛЬНЫЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ СИТУАЦИИ

00 Отсутствие значительного искажения или неадекватности психосоциального окружения

АНОМАЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ В СЕМЬЕ

Классификация обеспечивает возможность кодировать 9 типов психосоциальных ситуаций, большинство из которых разделены на подрубрики: таким образом, всего имеется 40 кодов. Каждый код описывает определенное измерение или аспект психосоциальной ситуации ребенка.

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ТЕПЛА В ОТНОШЕНИЯХ МЕЖДУ РОДИТЕЛЯМИ И ДЕТЬМИ

Текст для родителей

Как выполнять задание: прочтите характеристики вашего взаимоотношения с ребенком и отметьте «да», если вы так себя ведете, «нет», если так не поступаете. По следующей шкале уточните каждую характеристику, если вы ответили «да»:

а) выражено; б) определено – да; в) постоянно во времени; г) устойчиво в различных ситуациях; д) в нашей субкультуре так себя не ведут.

1. Беседуя с ребенком, я говорю с ним, не проявляя никаких чувств, или пытаюсь поскорее от него отделаться.
2. У меня отсутствует интерес к деятельности, успехам или достижениям ребенка.
3. Я не проявляю сочувствия к трудностям ребенка.
4. Я редко хвалю и поощряю ребенка.
5. Возникновение тревоги у ребенка воспринимается мною с раздражением или властным повелением хорошо себя вести.
6. Физическое утешение при тревоге или стрессе является кратковременным, носит характер ритуала или совсем отсутствует.

Бланк для родителей

Фамилия, имя родителя	Пол: М Ж	Возраст	Образование	Кем приходиться ребенку?
Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет мес.	Образование	Дата заполнения

1. да нет а, б, в, г, д	2 да нет а, б, в, г, д	3 да нет а, б, в, г, д	4 да нет а, б, в, г, д	5 да нет а, б, в, г, д	6 да нет а, б, в, г, д	Σ- в=	а- г=	б- д=
----------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	----------	----------	----------

Текст для детей

Как выполнять задание: прочти характеристики, как родители (мать / отец) относятся к тебе в разных ситуациях. Отметь «да», если они так себя ведут, «нет» – если так не поступают. Уточни каждую характеристику по следующей шкале:

- а) выражено;
 б) определенно – да;
 в) постоянно во времени;
 г) устойчиво в различных ситуациях;
 д) в нашей субкультуре так себя не ведут.
1. Беседуя со мной, мать/отец говорят, не проявляя никаких чувств, или пытаются поскорее от меня отделаться.
 2. У родителей отсутствует интерес к моей деятельности, успехам или достижениям.
 3. Родители не проявляют сочувствия к моим трудностям.
 4. Они редко хвалят и подбадривают меня.
 5. Возникновение тревоги у меня воспринимается родителями с раздражением или они властно повелевают мне хорошо себя вести.
 6. Физическое утешение (прикосновение, поглаживание и т.п.) при тревоге или стрессе у меня является кратковременным, носит характер ритуала или совсем отсутствует.

Бланк для детей

Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет мес.	Образование	Дата заполнения
--------------	----------	-------------------	-------------	-----------------

Мать	1. да нет а, б, в, г, д	2 да нет а, б, в, г, д	3 да нет а, б, в, г, д	4 да нет а, б, в, г, д	5 да нет а, б, в, г, д	6 да нет а, б, в, г, д	Σ= а- б- в- г- д-
	1. да нет а, б, в, г, д	2 да нет а, б, в, г, д	3 да нет а, б, в, г, д	4 да нет а, б, в, г, д	5 да нет а, б, в, г, д	6 да нет а, б, в, г, д	Σ= а- б- в- г- д-

Ключ

Недостаточность эмоционального тепла – это значительная недостаточность проявления позитивных чувств в отношении ребенка со стороны родителей. Теплота выражается интонацией голоса, когда родители говорят с ребенком, а также в невербальных формах поведения, таких как ласковые прикосновения или создание физического комфорта, в утешении в моменты тревоги или дистресса.

Недостаточность теплоты обычно проявляется в том, что родитель рассказывает о положительных качествах или достижениях своего ребенка без одобрения или гордости, а о проблемах или тревожащих проявлениях – без сочувствия или озабоченности. Эту подрубрику заполняют родители и ребенок, который оценивает отношение к себе матери и отца, отмечая «да», если характеристика подходит, «нет», если она не подходит.

Для кодирования недостаточности тепла необходимо, чтобы она являлась:

- а) выраженной;
- б) определенной;
- в) постоянной во времени;
- г) устойчивой в различных ситуациях;
- д) явно аномальной относительно субкультурных норм.

Недостаточность тепла касается только отношений между одним или двумя родителями и ребенком (и не касается отсутствия тепла между родителями). Должны присутствовать (быть отмечены) по меньшей мере две из шести характеристик (кодов).

КОНФЛИКТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ МЕЖДУ ВЗРОСЛЫМИ В СЕМЬЕ

Текст для родителей

Как выполнять задание: прочтите характеристики ваших взаимоотношений с ребенком и отметьте «да», если вы так себя ведете, «нет» – если так не поступаете.

I) Ссоры и перебранки:

1. Приводят к серьезной и длительной потере самоконтроля.
2. Связаны с генерализацией враждебных и критических чувств.
3. Связаны с постоянной атмосферой серьезного межличностного насилия (то есть с драками и нанесением побоев).
4. Завершаются уходом одного из членов семьи из дома или запретом возвращаться в течение некоторого времени.

II) Генерализация враждебных или критических чувств:

1. Пренебрежительные высказывания или оскорбления в адрес семьи, друзей или социальной среды.
2. После ссоры партнеры ложатся спать отдельно.
3. Длительно не разговаривают друг с другом.
4. Кто-то из участников конфликта после скандала уходит из дома на всю ночь.

III) Постоянная атмосфера жесткого эмоционального напряжения проявляется в:

1. Частых саркастических, пренебрежительных, обвинительных высказываниях о другом человеке.
2. Постоянной тенденции отвечать на нейтральные или мягко порицающие высказывания собеседника интенсифицированной негативной реакцией.
3. Постоянной тенденцией к перерастанию незначительных негативных взаимодействий в продолжительные конфликты с враждебностью или попытками принуждения собеседника к совершению каких-то действий.

Бланк для родителей

Фамилия, имя родителя	Пол: М Ж	Возраст	Образование	Кем приходится ребенку?
Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет мес.	Образование	Дата заполнения

I)	1 да	2 да	3 да	4 да	II)	1 да	2 да	3 да	4 да	III)	1 да	2 да	3 да	4 да	Σ=
	нет	нет	нет	нет		нет	нет	нет	нет		нет	нет	нет	нет	

Текст для детей

Как выполнять задание: прочти характеристики, как родители (мать/отец) относятся к тебе в разных ситуациях. Отметь «да», если они так себя ведут, «нет» – если так не поступают.

I) Ссоры и перебранки:

1. Приводят к серьезной и длительной потере самоконтроля.
2. Связаны с обобщением (и припоминанием) враждебных и критических чувств.

3. Связаны с постоянной атмосферой серьезного межличностного насилия (то есть с драками и нанесением побоев).
 4. Завершаются уходом одного из членов семьи из дома или запретом возвращаться в течение некоторого времени.
- II) Обобщение враждебных или критических чувств:
1. Пренебрежительные высказывания или оскорбления в адрес семьи, друзей или социальной среды.
 2. После ссоры родители расходятся (почевать) в разные комнаты.
 3. Длительно не разговаривают друг с другом.
 4. Кто-то из участников конфликта после скандала уходит из дома на всю ночь.
- III) Постоянная атмосфера жесткого эмоционального напряжения проявляется в:
1. Частых едких насмешках, пренебрежительных, обвинительных высказываниях о другом человеке.
 2. Постоянной тенденции отвечать на нейтральные или мягко порицающие высказывания собеседника интенсивной негативной реакцией.
 3. Постоянным стремлением к перерастанию незначительных отрицательных взаимодействий в продолжительные конфликты с враждебностью.
 4. Попытке принуждения собеседника к совершению каких-то действий.

Бланк для детей

Фамилия, имя		Пол: М Ж		Возраст: лет мес.		Образование		Дата заполнения								
Мать	I)	1 да нет	2 да нет	3 да нет	4 да нет	II)	1 да нет	2 да нет	3 да нет	4 да нет	III)	1 да нет	2 да нет	3 да нет	4 да нет	Σ=
Отец	I)	1 да нет	2 да нет	3 да нет	4 да нет	II)	1 да нет	2 да нет	3 да нет	4 да нет	III)	1 да нет	2 да нет	3 да нет	4 да нет	Σ=

Ключ

Обычно конфликты подразумевают двусторонние ссоры, однако и одностороннее вербальное или физическое насилие следует относить к данной рубрике. Речь идет о конфликтах между родителями ребенка или другими взрослыми членами семьи. Не включаются конфликты между родителями и самим ребенком.

Конфликты должны быть:

а) явные, то есть состоять из частых ссор и перебранок; б) должны присутствовать: постоянная атмосфера жесткого эмоционального напряжения как следствие натянутых отношений; в) серьезные и активные отрицательные отношения.

Кодирование должно отражать преобладающую ситуацию в течение определенного промежутка времени. Ссоры могут возникать между биологическим родителем и мачехой или отчимом; между родителем и совместно проживающим любовником, между родителями и бабушками или дедушками, проживающими совместно, и т.п.

Конфликтные отношения следует обязательно кодировать, если разногласия являются яростными и частыми или присутствуют длительные периоды эмоционально напряженной атмосферы, даже если они перемежаются с периодами гармонии и позитивных взаимоотношений. Должны присут-

ствовать (быть отмечены) по меньшей мере по одной-двум характеристикам (кодам) в каждой из трех подгрупп.

ВРАЖДЕБНОЕ ОТНОШЕНИЕ К РЕБЕНКУ ИЛИ ПРИСВОЕНИЕ ЕМУ ПОСТОЯННОЙ РОЛИ «КОЗЛА ОТПУЩЕНИЯ»

Текст для родителей

Как выполнять задание: прочтите характеристики ваших взаимоотношений с ребенком и отметьте «да», если вы так себя ведете, «нет» – если так не поступаете.

I) Враждебное отношение:

1. Мое негативное отношение к ребенку отчетливо выражено по форме и по степени выраженности.
2. Сосредоточилось конкретно на данном ребенке как на личности.
3. Было стойким во времени и постоянным при различных формах поведения ребенка.

II) Отведение ребенку роли «козла отпущения» обозначает, что:

1. У меня неоправданная тенденция автоматически ставить в вину ребенку любые проблемы или трудности, возникающие в доме, и отрицательные поступки, кем бы они ни совершались.
2. У меня вообще тенденция приписывать ребенку отрицательные характеристики.
3. Моя критика ребенка доходит до степени унижения его как личности, с негативным обобщением его прошлых провинностей и ожиданием будущих проступков.
4. У меня отчетливая тенденция «придирается» к ребенку или затевать ссоры, если я чем-то расстроен, раздражен или нахожусь в плохом настроении.
5. Я несправедливо отношусь к ребенку в отличие от других членов семьи – например, взваливаю на него большой объем работы по дому или ответственность, меньше вовлекаю в положительные семейные взаимодействия. У меня явное отсутствие внимания к потребностям и трудностям ребенка.
6. Я применяю жесткие меры наказания, такие, как запираание ребенка в темных замкнутых пространствах.

Бланк для родителей

Фамилия, имя родителя	Пол: М Ж	Возраст	Образование	Кем приходиться ребенку?
Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет мес.	Образование	Дата заполнения

I)	1 да	2 да	3 да	II)	1 да	2 да	3 да	4 да	5 да	6 да	Σ-
	нет	нет	нет		нет	нет	нет	нет	нет	нет	

Текст для детей

Как выполнять задание: прочти характеристики, как родители (мать/отец) относятся к тебе в разных ситуациях. Отметь «да», если они так себя ведут, «нет» – если так не поступают.

I) Враждебное отношение:

1. Отрицательное отношение ко мне отчетливо неправильно по форме и по степени выраженности.
2. Сосредоточивается конкретно на мне как на личности.
3. Было стойким во времени и постоянным при различных формах моего поведения.

II) Враждебное отведение роли «козла отпущения» обозначает, что:

1. У родителей неоправданная тенденция автоматически ставить мне в вину любые проблемы или трудности, возникающие в доме, и отрицательные поступки, кем бы они ни совершались.
2. У родителей вообще тенденция приписывать мне отрицательные характеристики.
3. Критика, доходит до степени унижения меня как личности, с негативным обобщением моих прошлых провинностей и ожиданием моих будущих проступков.
4. У родителей отчетливая тенденция «придираться» ко мне или заводить ссоры, если они чем-то расстроены, раздражены или находятся в плохом настроении.
5. Родители несправедливо относятся ко мне в отличие от других членов семьи – например, взваливают на меня большой объем работы по дому или ответственности, меньше вовлекают в положительные семейные взаимодействия. У них явное отсутствие внимания к моим потребностям и трудностям.
6. Родители применяют жесткие меры наказания, такие, как запирающие меня в темных замкнутых пространствах.

Бланк для детей

Фамилия, имя		Пол: М Ж		Возраст: лет мес.		Образование		Дата заполнения				
Мать	I)	1 да	2 да	3 да	II)	1 да	2 да	3 да	4 да	5 да	6 да	Σ-
		нет	нет	нет		нет	нет	нет	нет	нет	нет	
Отец	I)	1 да	2 да	3 да	II)	1 да	2 да	3 да	4 да	5 да	6 да	Σ-
		нет	нет	нет		нет	нет	нет	нет	нет	нет	

Ключ

Враждебное отношение к ребенку или присвоение ему постоянной роли «козла отпущения» относится к сосредоточенным на ребенке (или намеренно прицельным) и сильным негативным чувствам со стороны одного или обоих родителей (или лиц, замещающих родителей). Включены характеристики, отражающие специфическую враждебность к одному ребенку или отведение ему постоянной роли «козла отпущения» и исключаются общие разноголосия или негативные чувства, равномерно распределенные между всеми членами соответствующей семьи. В наиболее экстремальной форме родительское поведение сводится к психологическому насилию, когда ребенок подвергается постоянным мучениям, унижениям и незаслуженным обвинениям со стороны родителей. Должны присутствовать (быть отмечены) по меньшей мере одна-две характеристики (кода) в подрубрике I «враждебное отношение» и две-три характеристики в подрубрике II «враждебное отведение роли «козла отпущения»».

ФИЗИЧЕСКОЕ НАСИЛИЕ В ОТНОШЕНИИ РЕБЕНКА

Текст для родителей

Как выполнять задание: прочтите характеристики вашего взаимоотношения с ребенком и отметьте «да», если вы так себя ведете, «нет» – если так не поступаете.

1. Мое наказание было настолько жестоким, что привело к порезам, перелому кости, вывиху сустава или значительным кровоподтекам.
2. Мое наказание включало нанесение ребенку побоев твердыми или острыми предметами, например палкой, пряжкой ремня и т.п.
3. Во время наказания я совершенно утрачиваю контроль над собой и не учитываю возможных последствий, например, я швырял(а) ребенка о стену или сталкивал(а) с лестницы.
4. Мое насилие включало необычные и неприемлемые формы причинения физических травм, например, нанесение ребенку ожогов огнем или кипятком, связывание ребенка или удержание его головы под водой.

Бланк для родителей

Фамилия, имя родителя	Пол: М Ж	Возраст	Образование	Кем приходится ребенку?
Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет мес.	Образование	Дата заполнения
1 да нет	2 да нет	3 да нет	4 да нет	Σ-

Текст для детей

Как выполнять задание: прочти характеристики, как родители (мать/отец) относятся к тебе в разных ситуациях. Отметь «да», если они так себя ведут, «нет» – если так не поступают.

1. Наказание было настолько жестоким, что привело к порезам, перелому кости, вывиху сустава или значительным кровоподтекам.
2. Наказание включало нанесение мне побоев твердыми или острыми предметами, например палкой, пряжкой ремня и т.п.
3. Родители во время наказания совершенно утрачивали контроль над собой и не учитывали возможных последствий, например, швыряли меня о стену или сталкивали с лестницы.
4. Насилие родителей включало необычные и неприемлемые формы причинения физических травм, например, нанесение мне ожогов огнем или кипятком, связывание меня или удержание моей головы под водой.

Бланк для детей

Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет мес.	Образование	Дата заполнения	
Мать	1 да нет	2 да нет	3 да нет	4 да нет	Σ-
Отец	1 да нет	2 да нет	3 да нет	4 да нет	Σ-

Ключ

Физическое насилие в отношении ребенка включает в себя любые случаи, когда ребенок получает телесные повреждения, нанесенные любым взрослым членом семьи или домохладцем, когда степень тяжести повреждений требовала медицинской помощи либо формы насилия являлись аномальными для субкультуры, к которой принадлежит ребенок. Физическое насилие может являться следствием телесного наказания, слишком далеко зашедшего из-за потери взрослым самоконтроля, либо результатом преднамеренного жестокого обращения с ребенком. Исключается физическое насилие со стороны человека, не относящегося к членам семьи или домохладцам. Должна присутствовать (быть отмечена) по меньшей мере одна из четырех характеристик (кодов).

СЕКСУАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ В СЕМЬЕ В ОТНОШЕНИИ РЕБЕНКА

Текст для родителей

Как выполнять задание: прочтите характеристики и отметьте «да», если с ребенком такое было, или «нет» – если такого с ним не было.

К сексуальному насилию, несомненно, следует относить случаи, когда:

1. Имел место генитальный контакт между старшим по возрасту человеком (членом семьи) и ребенком.
2. Проводились какие-либо манипуляции с грудью или гениталиями ребенка (в любых обстоятельствах, за исключением приемлемого в культуре купания маленького ребенка).
3. Ребенка заставляли прикасаться к груди или гениталиям старшего человека (члена семьи).
4. Ребенку преднамеренно демонстрировали грудь или гениталии старшего человека (члена семьи) (случаи, когда ребенок увидел их случайно при купании или переодевании, исключаются).
5. Ребенка преднамеренно заставляли показывать грудь или гениталии (случаи, когда кто-то случайно увидел ребенка обнаженным при купании или переодевании, исключаются).
6. Имела место любая другая форма физического контакта или демонстрация интимных частей тела между взрослым и ребенком, которая привела к возникновению у кого-то из них отчетливого чувства сексуального возбуждения. При этом не имеет значения, охотно ли ребенок совершал сексуальные действия или нет.

Бланк для родителей

Фамилия, имя родителя	Пол: М Ж	Возраст	Образование	Кем приходите к ребенку?
Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет	мес.	Образование
				Дата заполнения

1 да нет	2 да нет	3 да нет	4 да нет	5 да нет	6 да нет	Σ=
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----

Текст для детей

Как выполнять задание: прочти характеристики и отметь «да», если с тобой такое было, или «нет» – если такого с тобой не было.

К сексуальному насилию, несомненно, следует относить случаи, когда:

1. Имел место генитальный контакт между старшим по возрасту человеком (членом семьи) и мною.
2. Проводились какие-либо манипуляции с моей грудью или гениталиями (в любых обстоятельствах, за исключением приемлемого в культуре купания маленького ребенка).
3. Меня заставляли прикасаться к груди или гениталиям старшего человека (члена семьи).
4. Мне преднамеренно демонстрировали грудь или гениталии старшего человека (члена семьи) (случаи, когда ребенок увидел их случайно при купании или переодевании, исключаются).
5. Меня преднамеренно заставляли показывать грудь или гениталии (случаи, когда кто-то случайно увидел ребенка обнаженным при купании или переодевании, исключаются).
6. Имела место любая другая форма физического контакта или демонстрации интимных частей тела между взрослым и ребенком, которая привела к возникновению у кого-то из них отчетливого чувства сексуального возбуждения. При этом не имеет значения, охотно ли ребенок совершал сексуальные действия или нет.

Бланк для детей

Фамилия, имя		Пол: М Ж		Возраст: лет мес.		Образование	Дата заполнения
Мать	1 да нет	2 да нет	3 да нет	4 да нет	5 да нет	6 да нет	Σ=
Отец	1 да нет	2 да нет	3 да нет	4 да нет	5 да нет	6 да нет	Σ=

Ключ

Сексуальное насилие в пределах семьи включает половые сношения, представляющие собой инцест (поскольку они происходят между членами семьи, брак между которыми юридически запрещен), а также неинцестуозные отношения между ребенком и кем-то из старших домочадцев, при которых взрослым используется значительная физическая сила или психологическое давление авторитетом, чтобы заставить ребенка вступить в сексуальные отношения. В результате сексуальное насилие включает действия со стороны биологических или приемных родителей, старших сиблингов, других совместно проживающих родственников, жильцов или друзей семьи. Исключается сексуальное насилие вне семьи/дома. Должна присутствовать (быть отмечена) по меньшей мере одна из шести характеристик (кодов).

НЕАДЕКВАТНЫЙ РОДИТЕЛЬСКИЙ НАДЗОР/КОНТРОЛЬ

Текст для родителей

Как выполнять задание: прочтите характеристики ваших взаимоотношений с ребенком и отметьте «да», если вы так себя ведете, или «нет» – если так не поступаете.

1) Незнание родителей о месте нахождения и занятиях ребенка может проявляться в следующем:

1. Я не знаю, где находится ребенок, если его нет дома.

2. Мне неизвестны имена (или адреса) друзей, которых посещает ребенок или остается у них на ночь.
 3. Я не знаю, когда ребенок вечером вернется домой.
 4. Мой ребенок часто оставался/остается без надзора вне дома в возрасте, когда это еще недопустимо.
 5. Мой ребенок часто оставался/остается дома один в возрасте, когда это еще недопустимо.
- II) Неэффективность родительского контроля может проявляться в следующем:
1. У меня отсутствуют определенные правила/руководящие установки о том, что разрешается ребенку делать, а что – нет.
 2. Проявление похвалы и одобрения с моей стороны больше зависит от моего настроения, чем от поведения ребенка.
 3. Мои замечания, касающиеся дисциплины ребенка, высказываются расплывчатыми или общими фразами (например, «ну, будь хорошим мальчиком...», «девочка не одевается так...»).
 4. У нас (родителей) понимание дисциплины настолько отличаются, что невозможно предсказать нашу реакцию на шалости и плохое поведение ребенка.
 5. Мной предпринимаются лишь беспорядочные попытки добиться дисциплинированности без какой-либо настойчивости и проверки в отношении достижения желаемого результата.
- III) Отсутствие беспокойства и принятия необходимых мер, когда ребенок находится в психологически опасных ситуациях, проявляется в следующем:
1. Я бездействую, если мне становится известно, что ребенок контактирует с группами, представляющими существенный психологический риск (например, когда ребенок оказывается в компании наркоманов/делинквентной группе или ведет себя агрессивно в школе).
 2. Я бездействую, когда становится известно, что ребенок из-за своего поведения может столкнуться с серьезными неприятностями (например, принимает сильнодействующие наркотики, совершает делинквентные поступки или хранит оружие).
 3. Я бездействую, если становится известно, что ребенок находится в ситуации серьезного физического риска (например, если маленький ребенок залезает на крышу дома или играет с опасными вещами/веществами).

Бланк для родителей

Фамилия, имя родителя					Пол: М Ж	Возраст	Образование	Кем приходится ребенку?								
Фамилия, имя					Пол: М Ж	Возраст: лет	мес.	Образование	Дата заполнения							
I)	1 да нет	2 да нет	3 да нет	4 да нет	5 да нет	II)	1 да нет	2 да нет	3 да нет	4 да нет	5 да нет	III)	1 да нет	2 да нет	3 да нет	Σ=

Текст для детей

Как выполнять задание: прочти характеристики, как родители (мать/отец) относятся к тебе в разных ситуациях. Отметь «да», если они так себя ведут, «нет» – если так не поступают.

- I) Незнание родителей о месте нахождения и занятиях ребенка может проявляться в следующем:
1. Родители не знают, где я нахожусь, если меня нет дома.
 2. Родителям неизвестны имена (или адреса) друзей, которых я посещаю или у которых я остаюсь на ночь.
 3. Родители не знают, когда я вечером вернусь домой.
 4. Родители часто оставляли/оставляют меня без надзора вне дома в возрасте, когда это еще недопустимо.
 5. Родители часто оставляли/оставляют меня дома одного в возрасте, когда это еще недопустимо.
- II) Неэффективность родительского контроля может проявляться в следующем:
1. У родителей отсутствуют определенные правила/руководящие установки о том, что мне разрешается делать, а что – нет.
 2. Проявление похвалы и одобрения со стороны родителей больше зависит от их настроения, чем от моего поведения.
 3. Замечания родителей, касающиеся моей дисциплины, высказываются расплывчатыми или общими фразами (например, «ну, будь хорошим мальчиком...», «девочка не одевается так...»).
 4. У родителей понимание дисциплины настолько отличается друг от друга, что невозможно предсказать их реакцию на мои шалости и плохое поведение.
 5. Родителями предпринимаются лишь беспорядочные попытки добиться моей дисциплинированности без какой-либо настойчивости и проверки в отношении достижения желаемого результата.
- III) Отсутствие беспокойства и принятия необходимых мер, когда ребенок находится в психологически опасных ситуациях, проявляется в следующем:
1. Родители бездействуют, если становится известно, что я контактирую с группами, представляющими существенный психологический риск (например, когда ребенок оказывается в компании наркоманов/делинквентной группы или ведет себя агрессивно в школе).
 2. Родители бездействуют, когда становится известно, что я из-за своего поведения могу столкнуться с серьезными неприятностями (например, ребенок принимает сильнодействующие наркотики, совершает делинквентные поступки или хранит оружие).
 3. Родители бездействуют, если становится известно, что я нахожусь в ситуации серьезного физического риска (например, если маленький ребенок залезает на крышу дома или играет с опасными вещами/веществами).

Бланк для детей

Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет мес.	Образование	Дата заполнения
--------------	----------	-------------------	-------------	-----------------

Мать	I)	1	2	3	4	5	II)	1	2	3	4	5	III)	1	2	3	Σ-
		да	да	да	да	да			да	да	да	да		да		да	
		нет	нет	нет	нет	нет		нет	нет	нет	нет	нет		нет	нет	нет	
Отец	I)	1	2	3	4	5	II)	1	2	3	4	5	III)	1	2	3	Σ-
		да	да	да	да	да			да	да	да	да		да		да	
		нет	нет	нет	нет	нет		нет	нет	нет	нет	нет		нет	нет	нет	

Ключ

Рубрика неадекватный родительский надзор/контроль относится к существенной недостаточности эффективного контроля или надзора за деятельностью (жизнью) ребенка, оценка которой производится с учетом его степени зрелости и социокультурного происхождения. По мере взросления ребенка родителям, естественно, необходимо осуществлять определенный надзор за его деятельностью, изменяя степень контроля в зависимости от накопления опыта, его способностей и зрелости для обучения принятию ответственности и, одновременно, избеганию риска попадания в психологически опасные ситуации. На практике неадекватный контроль лучше всего оценивать по следующим свидетельствам:

- I) Родители не знают, чем занимается и где находится ребенок (что не дает возможности осуществления эффективного контроля).
- II) Стратегии контроля являются отчетливо неэффективными, осуществляются некачественно и нерегулярно (что не создает той же возможности).
- III) Отсутствие беспокойства и принятия необходимых мер, когда становится известно, что ребенок находится в психологически опасных ситуациях.

Недостаточность контроля должна распространяться на многие виды деятельности ребенка и может исходить от одного или обоих родителей. Должны присутствовать (быть отмечены) по меньшей мере по две характеристики (кода) в каждой из трех подрубрик.

СОЦИАЛЬНАЯ ДЕПРИВАЦИЯ**Текст для родителей**

Как выполнять задание: прочтите характеристики ваших взаимоотношений с ребенком и отметьте «да», если вы так себя ведете, «нет» — если так не поступаете.

- I) Недостаточность общения/игр родителей с ребенком может проявляться в следующем:
 1. Выраженное уменьшение возможностей у ребенка общаться с членами семьи, поскольку мы редко собираемся вместе.
 2. Я не обсуждал(а)/не обсуждаю с ребенком его интересы, занятия или планы.
 3. Я редко читал(а)/читаю ребенку книги или слушал(а)/слушаю, как он читал/читает, когда он был дошкольником и младшим школьником.
 4. У нас отсутствует или недостаточно социально-бытовой коммуникации за столом или в других случаях, когда вся семья собирается вместе.
 5. Я редко играю с детьми, устраиваю шутливые потасовки или занимаюсь иными видами игровой активности.
 6. Во взаимодействии, которое все же происходит по моей инициативе, ощущается отчетливая тенденция игнорировать предложения или обращения ребенка.
- II) Недостаточная активность вне дома может проявляться в следующем:

1. Недостаточность совместных прогулок или таких занятий, как походы в музеи, художественные галереи, общие увлечения или работа по дому.
 2. Дефицит моей совместной активности с ребенком (такой, как занятия спортом, прослушивание музыки, общие увлечения или работа по дому).
 3. Недостаточные возможности для выполнения соответствующих возрасту обязанностей (например, участие в туристических поездках с классом).
- III) Обстоятельства, существенно ограничивающие активное взаимодействие ребенка с окружением, могут быть следующими:
1. Я не позволял(а)/не позволяю ребенку выходить из дома и играть с другими детьми.
 2. Я часто оставлял(а)/оставляю ребенка одного в комнате (или дома), где нет возможности для игры или общения.
 3. Я часто оставлял(а)/оставляю ребенка, когда он был маленьким долго одного, когда он не спал (не засыпал).
 4. Я заставлял(а) ребенка рано ложиться спать, и у него не оставалось/не остается времени для общения с нами (родителями) и другими членами семьи.
- IV) Недостаток у ребенка игрушек/предметов, подходящих для игры, проявляется в следующем:
1. Я оставлял(а)/оставляю ребенка без игрушек, соответствующих его возрасту.
 2. Я запирал(а)/запираю или по-всякому удерживал(а)/удерживаю ребенка от пользования игрушками и играми.

Бланк для родителей

Фамилия, имя родителя		Пол: М Ж	Возраст	Образование	Кем приходится ребенку?
Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет	мес.	Образование	Дата заполнения

I)	1	2	3	4	5	6	II)	1	2	3	III)	1	2	3	4	IV)	1	2	Σ=
	да	да	да	да	да	да		да	да	да		да	да	да	да		да	да	
	нет	нет	нет	нет	нет	нет		нет	нет	нет		нет	нет	нет	нет		нет	нет	

Текст для детей

Как выполнять задание: прочти характеристики, как родители (мать/отец) относятся к тебе в разных ситуациях. Отметь «да», если они так себя ведут, «нет» – если так не поступают.

- I) Недостаточность общения/игр родителей с ребенком может проявляться в следующем:
1. У меня выраженный дефицит возможностей общаться с членами семьи, поскольку мы редко собираемся вместе.
 2. Родители не обсуждали/не обсуждают со мной мои интересы, занятия или планы.
 3. Родители редко читали мне книги или слушали, как я читал, когда я был дошкольником и младшим школьником.

4. У нас отсутствует или недостаточно социально-бытовой коммуникации за столом или в других случаях, когда вся семья собирается вместе.
5. Родители редко играли/играют со мной, устраивали/устраивают шуточные потасовки.
6. Во взаимодействии, которое все же происходит по инициативе родителей, отчетливо ощущается тенденция не принимать мои предложения или обращения к ним.

II) Недостаточная активность вне дома может проявляться в следующем:

1. Недостаточность совместных прогулок или таких занятий, как походы в музеи, художественные галереи, общие увлечения или работа по дому.
2. Мне недостаточно совместной активности с родителями (такой, как занятия спортом, прослушивание музыки, общие увлечения или работа по дому).
3. Недостаточно возможностей для выполнения соответствующих возрасту обязанностей (например, участие в туристических поездках с классом).

III) Обстоятельства, существенно ограничивающие активное взаимодействие ребенка с окружением, могут быть следующими:

1. Родители не позволяли/не позволяют мне выходить из дома и играть с другими детьми.
2. Родители часто оставляли/оставляют меня одного в комнате (или дома), где нет возможности для игры или общения.
3. Родители часто оставляли/оставляют меня, когда я был маленьким долго одного, когда я не спал (не засыпал).
4. Родители заставляли меня рано ложиться спать, и у меня не оставалось/не остается времени для общения с родителями и другими членами семьи.

IV) Недостаток у ребенка игрушек/предметов, подходящих для игры, проявляется в следующем:

1. Родители оставляли/оставляют меня без игрушек, соответствующих моему возрасту.
2. Родители запирали/запирают или по-всякому удерживали/удерживают меня от пользования игрушками и играми.

Бланк для детей

Фамилия, имя		Пол: М Ж		Возраст: лет мес			Образование				Дата заполнения									
Мать	I)	1	2	3	4	5	6	II)	1	2	3	III)	1	2	3	4	IV)	1	2	Σ=
		да нет	да нет	да нет	да нет	да нет	да нет		да нет	да нет	да нет		да нет	да нет	да нет	да нет		да нет	да нет	
Отец	I)	1	2	3	4	5	6	II)	1	2	3	III)	1	2	3	4	IV)	1	2	Σ=
		да нет	да нет	да нет	да нет	да нет	да нет		да нет	да нет	да нет		да нет	да нет	да нет	да нет		да нет	да нет	

Ключ

Дети осваивают различные навыки и развивают социальные отношения в процессе общения, игр и иных занятий с родителями, другими членами

семьи (и представителями внедомашнего окружения). Социальная депривация касается выраженной недостаточности подобного взаимодействия. О недостаточности взаимодействия следует судить с учетом уровня развития ребенка и социокультурной ситуации.

Социальная депривация проявляется следующими характеристиками:

- I) Недостаточность общения/игр родителей с ребенком.
- II) Недостаточная активность вне дома.
- III) Созданием в жизни ребенка обстоятельств, существенно ограничивающие активное взаимодействие с людьми и/или объектами.
- IV) Недостатком у ребенка игрушек или других предметов, подходящих для игры.

НЕАДЕКВАТНОЕ РОДИТЕЛЬСКОЕ ДАВЛЕНИЕ

Текст для родителей

Как выполнять задание: прочтите характеристики ваших взаимоотношений с ребенком и отметьте «да», если вы так себя ведете, «нет» – если так не поступаете.

- I) Давление, не соответствующее полу, может проявляться в следующем:
 1. Я оказываю постоянное давление на ребенка для соответствия его/ее вида одежды, стиля поведения или рода занятий, соответствующим в нашей культуре противоположному полу.
 2. Я постоянно давлю на ребенка, чтобы его/ее поведение всегда соответствовало его/ее полу, причем степень давления далеко выходит за пределы норм той субкультуры, к которой относится наша семья.
 3. Я постоянно оказываю неадекватное давление на ребенка, чтобы он проявлял гомосексуальное поведение, тогда как его собственные наклонности являются гетеросексуальными, и наоборот.
- II) Давление, не соответствующее возрасту, может проявляться в следующем:
 1. Я оказываю постоянное давление на ребенка для соответствия одежды, поведения и занятий более раннему или старшему возрасту и уровню развития (в соответствии с представлениями, преобладающими в нашей культуре).
 2. Я постоянно давлю на ребенка с тем, чтобы он против своего желания принимал на себя ответственность, отчетливо превышающую его возможности, обусловленные возрастом и способностями.
 3. Я постоянно неадекватно вовлекаю маленького ребенка в обсуждение достаточно интимных вопросов, касающихся взрослых.
- III) Давление, не соответствующее личностным особенностям, может проявляться в следующем:
 1. Я постоянно оказываю давление на ребенка для принуждения его заниматься деятельностью (спортом, музыкой, науками), не согласующейся с его обоснованно выраженными желаниями.
 2. Я постоянно принуждаю ребенка заниматься какой-либо деятельностью, поглощающей столько времени и энергии, что она приводит к социальным ограничениям и отражает скорее мои амбиции, чем интересы/потребности самого ребенка (например, принуждение к серьезным занятиям спортом, требующим участия во многих соревнованиях, или каким-либо видам музыки или искусства).

Бланк для родителей

Фамилия, имя родителя		Пол: М Ж	Возраст	Образование	Кем приходится ребенку?	
Фамилия, имя		Пол: М Ж	Возраст: лет	мес.	Образование	Дата заполнения

I)	1 да	2 да	3 да	4 да	5 да	II)	1 да	2 да	3 да	4 да	5 да	III)	1 да	2 да	3 да	Σ-
	нет	нет	нет	нет	нет		нет	нет	нет	нет	нет		нет	нет	нет	

Текст для детей

Как выполнять задание: прочти характеристики, как родители (мать/отец) относятся к тебе в разных ситуациях. Отметь «да», если они так себя ведут, «нет» – если так не поступают.

I) Давление не соответствует полу, может проявляться в следующем:

1. На меня оказывают постоянное давление для соответствия моего вида одежды, стиля поведения или рода занятий, соответствующим в нашей культуре противоположному полу.
2. На меня постоянно давят, чтобы мое поведение всегда соответствовало моему полу, причем степень давления далеко выходит за пределы норм той субкультуры, к которой относится наша семья.
3. На меня постоянно оказывают неадекватное давление, чтобы я проявлял гомосексуальное поведение, тогда как мои собственные наклонности являются гетеросексуальными, и наоборот.

II) Давление, не соответствующее возрасту, может проявляться в следующем:

1. На меня оказывают постоянное давление для соответствия одежды, поведения и занятий более раннему или старшему возрасту и уровню развития в соответствии с представлениями, преобладающими в нашей культуре.
2. На меня постоянно давят с тем, чтобы я против своего желания принимал на себя ответственность, отчетливо превышающую мои возможности, обусловленные возрастом и способностями.
3. Меня постоянно неадекватно вовлекают в обсуждение достаточно интимных вопросов, касающихся взрослых.

III) Давление, не соответствующее личностным особенностям, может проявляться в следующем:

1. На меня постоянно оказывают давление для принуждения заниматься деятельностью (спортом, музыкой, науками), не согласующейся с моими обоснованно выраженными желаниями.
2. Меня постоянно принуждают заниматься какой-либо деятельностью, поглощающей столько времени и энергии, что она приводит к социальным ограничениям и отражает, скорее, амбиции родителей, чем мои интересы/потребности (например, принуждение к серьезным занятиям спортом, требующих участие во многих соревнованиях, или каким-либо видом музыки или искусства).

Бланк для детей

Фамилия, имя		Пол: М Ж	Возраст: лет	мес.	Образование	Дата заполнения
--------------	--	----------	--------------	------	-------------	-----------------

Мать	I)	1 да	2 да	3 да	4 да	5 да	II)	1 да	2 да	3 да	4 да	5 да	III)	1 да	2 да	3 да	Σ-
		нет	нет	нет	нет	нет		нет	нет	нет	нет	нет		нет	нет	нет	
Отец	I)	1 да	2 да	3 да	4 да	5 да	II)	1 да	2 да	3 да	4 да	5 да	III)	1 да	2 да	3 да	Σ-
		нет	нет	нет	нет	нет		нет	нет	нет	нет	нет		нет	нет	нет	

Ключ

Неадекватное родительское давление – давление, которое не согласуется с потребностями и желаниями ребенка, соответствующими его развитию и социокультурной принадлежности. Иными словами, подразумевается, что родители оказывают неадекватное давление на ребенка, пытаясь его изменить и сделать не тем, кем он на самом деле является, подобно давлению может не соответствовать полу, возрасту или личностным особенностям ребенка. Оно может наблюдаться со стороны одного или обоих родителей, по для его кодирования необходимо, чтобы оно было постоянным, отчетливо неадекватным и охватывало различные стороны жизни ребенка до такой степени, которая существенно мешала бы ему в жизни.

НЕАДЕКВАТНОЕ ИЛИ ИСКАЖЕННОЕ ОБЩЕНИЕ В СЕМЬЕ

Текст для родителей

Как выполнять задание: прочтите характеристики ваших взаимоотношений с ребенком и отметьте «да», если вы так себя ведете, «нет» – если так не поступаете. Уточните каждую характеристику по следующей шкале:

- а) явно выходит за пределы широко определенных нормативных границ той субкультуры, к которой принадлежит ребенок;
- б) искаженные или неадекватные модели общения являются постоянными и общими в том смысле, что включают и ребенка;
- в) неадекватность общения приводит к дезадаптации (то есть в итоге члены семьи совершают неадекватные поступки, не решают важных вопросов или не справляются с важными для семьи задачами).

1. Высказывания являются отчетливо противоречивыми по содержанию и/или присутствует значительное несоответствие между вербальным (словесным) содержанием и эмоциями, выражаемыми интонацией голоса или мимикой.
2. Существует отчетливая тенденция к произнесению длинных, ни к кому конкретно не обращенных тирад при отсутствии реакции на то, что говорят другие члены семьи.
3. В семье ведутся бесплодные споры, не приводящие к продуктивному решению или согласию.
4. Утаивается ключевая семейная информация, что приводит к нарушению адаптации (например, ребенку не сообщается о факте усыновления или смерти кого-то из родственников).
5. Совершаются регулярные попытки справиться с семейными трудностями путем отказа от их разрешения и обсуждения.

Бланк для родителей

Фамилия, имя родителя	Пол: М Ж	Возраст	Образование	Кем приходиться ребенку?
Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет	мес.	Образование
				Дата заполнения

1 да нет а, б, в	2 да нет а, б, в	3 да нет а, б, в	4 да нет а, б, в	5 да нет а, б, в	Σ=		
					a=	б=	в=

Текст для детей

Как выполнять задание: прочти характеристики, как родители (мать/отец) относятся к тебе в разных ситуациях. Отметь «да», если они так себя ведут, «нет» – если так не поступают. Уточни каждую характеристику по следующей шкале:

- а) явно выходит за пределы широко определенных нормативных границ той субкультуры, к которой принадлежит ребенок;
 б) искаженные или неадекватные модели общения являются постоянными и общими в том смысле, что включают и ребенка;
 в) неадекватность общения приводит к дезадаптации (то есть в итоге члены семьи совершают неадекватные поступки, не решают важных вопросов или не справляются с важными для семьи задачами).

1. Высказывания родителей являются отчетливо противоречивыми по содержанию и/или присутствует значительное несоответствие между вербальным (словесным) содержанием и эмоциями, выражаемыми интонацией голоса или мимикой.
2. У родителей существует отчетливая тенденция к произнесению длинных, ни к кому конкретно не обращенных тирад при отсутствии реакции на то, что говорят другие члены семьи.
3. В семье родители ведут бесплодные споры, не приводящие к продуктивному решению или согласию.
4. Утаивается ключевая семейная информация, что приводит к нарушению адаптации (например, ребенку не сообщается о факте усыновления или смерти кого-то из родственников).
5. Совершаются регулярные попытки справиться с семейными трудностями путем отказа от их разрешения и обсуждения.

Бланк для детей

Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет мес.		Образование	Дата заполнения		
Мать	1 да нет а, б, в	2 да нет а, б, в	3 да нет а, б, в	4 да нет а, б, в	5 да нет а, б, в	Σ=	а= б= в=
Отец	1 да нет а, б, в	2 да нет а, б, в	3 да нет а, б, в	4 да нет а, б, в	5 да нет а, б, в	Σ=	а= б= в=

Ключ

Объективная оценка моделей внутрисемейного общения сталкивается со значительными трудностями. Особенности общения членов семьи нельзя оценить на основании данных, полученных от информаторов. Необходимо наблюдать за членами семьи, общающимися между собой. Нарушение общения обуславливает риск развития психических и психосоматических расстройств. Ключевыми аспектами искаженного внутрисемейного общения являются путанные и противоречивые высказывания («двойные послания»), бесплодные споры и неспособность эффективного использования общения для разрешения семейных дилемм, проблем и конфликтов. Наличие семейных секретов или утаивание от ребенка ключевой информации, необходимой для адаптационного функционирования, также способствуют неадекватному общению. Должны присутствовать (быть отмечены) по меньшей мере две из пяти характеристик (кодов).

АНОМАЛЬНЫЕ КАЧЕСТВА ВОСПИТАНИЯ, РОДИТЕЛЬСКАЯ ГИПЕРОПЕКА

Текст для родителей

Как выполнять задание: прочтите характеристики ваших взаимоотношений с ребенком и отметьте «да», если вы так себя ведете, «нет» – если так не поступаете.

- 1) Лишение возможности независимого поведения может проявляться так:
1. Я ограничиваю способы проведения свободного времени и развлечений ребенка, за исключением проводимых с родителями либо под моим надзором или присмотром.
 2. Я осуществляю чрезмерный контроль дружеских отношений, устанавливаемых ребенком.
 3. Я запрещаю проведение ребенком ночей вне дома с друзьями или родственниками.
 4. Я исключительно поощряю только виды деятельности, осуществляемые ребенком совместно с нами, родителями, и даже если они не соответствуют его возрасту по виду или степени.
 5. Я выбираю одежду и занятия для ребенка в степени, не соответствующей социокультурным возрастным нормам.
 6. Я запрещаю ребенку принимать собственные решения.
 7. Я постоянно опекаю и защищаю ребенка, из-за чего ему редко приходится самостоятельно преодолевать социальные трудности (то есть разрешаю вместо него большинство конфликтов, отстаиваю его почти во всех затруднительных ситуациях).
 8. Я, возможно необоснованно, запрещаю ребенку посещение в свободное время увеселительных мероприятий, выходящих за рамки родительского контроля или присмотра.

Бланк для родителей

Фамилия, имя родителя	Пол: М Ж	Возраст	Образование	Кем приходиться ребенку?
Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет мес.	Образование	Дата заполнения

1 да нет	2 да нет	3 да нет	4 да нет	5 да нет	6 да нет	7 да нет	8 да нет	Σ=
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----

Текст для детей

Как выполнять задание: прочти характеристики, как родители (мать/отец) относятся к тебе в разных ситуациях. Отметь «да», если они так себя ведут, «нет» – если так не поступают.

- 1) Лишение возможности независимого поведения может проявляться так:
1. Родители ограничивают способы проведения моего свободного времени и развлечений, за исключением проводимых с ними или под их надзором или присмотром.
 2. Родители осуществляют чрезмерный контроль моих дружеских отношений, выбираемых мною.
 3. Родители запрещают мне проведение ночей вне дома с друзьями или родственниками.

4. Родители исключительно поощряют только виды деятельности, осуществляемые мной совместно с ними, даже, если это не соответствует моему возрасту.
5. Родители выбирают одежду и занятия для меня, что не соответствует моему возрасту.
6. Родители запрещают мне принимать собственные решения.
7. Родители постоянно опекают и защищают меня, из-за чего мне редко приходится самостоятельно преодолевать социальные трудности (то есть разрешают вместо меня большинство конфликтов, отстаивают меня почти во всех затруднительных ситуациях).
8. Родители, возможно необоснованно, запрещают посещение мной в свободное время увеселительных мероприятий, которые выходят за рамки родительского контроля или присмотра.

Бланк для детей

Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет	мес.	Образование	Дата заполнения
--------------	----------	--------------	------	-------------	-----------------

Мать	1 да нет	2 да нет	3 да нет	4 да нет	5 да нет	6 да нет	7 да нет	8 да нет	Σ=
Отец	1 да нет	2 да нет	3 да нет	4 да нет	5 да нет	6 да нет	7 да нет	8 да нет	Σ=

Текст для родителей (продолжение)

II) Сдерживание развития:

1. Я одеваю / купаю ребенка в возрасте, в котором, по представлениям, бытующим в данной (моей) культуре, ему уже положено самостоятельно справляться с этой деятельностью.
2. Я укладываю ребенка спать вместе с собой для успокоения тревоги / обеспечения комфорта (спокойствия).
3. Я вожу ребенка в школу и обратно, а также в другие места вместо позволения с соответствующего возраста самостоятельно добираться общественным транспортом или школьным автобусом.
4. У меня необычно постоянный и необоснованно тщательный присмотр за ребенком, например, слежение за его игрой на площадке и другими занятиями в безопасных местах.
5. Я, возможно необычно часто или назойливо, слежу за ребенком, расспрашивая учителей или других лиц.
6. У меня аномальная готовность обращаться к врачам или создавать для ребенка постельный режим в связи с незначительными соматическими жалобами.
7. Я лишаю ребенка возможности встречаться / самостоятельно справляться с сильными его возрасту трудностями / стрессовыми ситуациями.
8. Я настаиваю на пребывании в больнице вместе с ребенком или в моем присутствии во время проведения различных тестов и опросов в возрасте, когда в соответствии с социокультурными нормами в этом нет никакой необходимости.
9. Я лишаю ребенка возможности заниматься обычными и сильными видами спорта (плаванием, катанием на велосипеде, игрой в футбол) в связи с предполагаемым мной риском.

Бланк для родителей

Фамилия, имя родителя		Пол: М Ж	Возраст	Образование	Кем приходится ребенку?	
Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет	мес.	Образование	Дата заполнения	

1 да нет	2 да нет	3 да нет	4 да нет	5 да нет	6 да нет	7 да нет	8 да нет	9 да нет	Σ-
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----

Текст для детей (продолжение)

II) Сдерживание развития:

1. Меня одевают / купают в возрасте, в котором, по представлениям, бытующим в данной (моей) культуре, мне уже положено самостоятельно справляться с этой деятельностью.
2. Родители укладывают меня спать вместе с собой для успокоения тревоги / обеспечения комфорта (спокойствия).
3. Меня водят в школу и обратно, а также в другие места, вместо того чтобы позволить (с соответствующего возраста) самостоятельно добираться туда общественным транспортом или школьным автобусом.
4. У родителей необычно постоянный и необоснованно тщательный присмотр за мной, например, слежение за моей игрой на площадке и другими занятиями в безопасных местах.
5. Родители, возможно необычно часто или назойливо, следят за мною путем расспросов учителей или других лиц.
6. Родители готовы обращаться к врачам или создавать для меня особый режим в связи с незначительными соматическими жалобами.
7. Родители лишают меня возможности встречаться / самостоятельно справляться с посильными моему возрасту трудностями / стрессовыми ситуациями.
8. Родители настаивают на пребывании в больнице вместе со мной или в своем присутствии во время проведения различных тестов и опросов в возрасте, когда в соответствии с социокультурными нормами в этом нет никакой необходимости.
9. Родители лишают меня возможности заниматься обычными и посильными видами спорта (плаванием, катанием на велосипеде, игрой в футбол) в связи с предполагаемым ими риском.

Бланк для детей

Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет	мес.	Образование	Дата заполнения
--------------	----------	--------------	------	-------------	-----------------

Мать	1 да нет	2 да нет	3 да нет	4 да нет	5 да нет	6 да нет	7 да нет	8 да нет	9 да нет	Σ-
Отец	1 да нет	2 да нет	3 да нет	4 да нет	5 да нет	6 да нет	7 да нет	8 да нет	9 да нет	Σ-

Ключ

Термин «гиперопека» используется авторами с несколько различными смысловыми оттенками. В данном случае он подразумевает ситуацию, в ко-

торой один из родителей (чаще всего мать) использует отношения и/или модель дисциплины для жесткого ограничения возможностей ребенка в установлении или поддержании других отношений и/или принятии соответствующих или самостоятельных решений/ответственности. Ключевыми компонентами отношений гиперопеки являются: I) предотвращение независимого поведения, II) инфантилизация (задержка в развитии организма, проявляющаяся в сохранении у взрослого физических и психических черт, присущих детскому возрасту). Для установления кода родительской гиперопеки, рассматриваемой как лишение ребенка возможности независимого поведения и инфантилизация, необходимым является присутствия в выраженной степени по меньшей мере нескольких (5–6) характеристик (кодов) из обоих ключевых подрубрик.

ОПРОСНИК ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКОГО ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Текст для родителей

Как выполнять задание: оцените, используя пятибалльную шкалу, справедливы ли для вас следующие утверждения в отношении вашего ребенка. Оценочная шкала: 5 – абсолютно верно; 4 – скорее всего верно, это так; 3 – в некоторых случаях верно; 2 – не совсем верно; 1 – абсолютно неверно.

Укажите фамилию и другие сведения о себе и ребенке.

1. Я сразу замечаю, когда мой ребенок расстроен.
2. Когда мой ребенок обижается, то невозможно понять, по какой причине.
3. Когда моему ребенку больно, мне кажется, я тоже чувствую боль.
4. Мне часто бывает стыдно за моего ребенка.
5. Что бы ни сделал мой ребенок, я буду любить его.
6. Воспитание ребенка – сложная проблема.
7. Я редко повышаю голос.
8. Если часто обнимать и целовать ребенка, можно заласкать его и испортить его характер.
9. Я часто даю понять моему ребенку, что верю в его силы.
10. Плохое настроение моего ребенка не может быть оправданием его непослушания.
11. Я легко могу успокоить моего ребенка.
12. Чувства моего ребенка для меня загадка.
13. Я понимаю, что мой ребенок может грубить, чтобы скрыть обиду.
14. Часто я не могу разделить радость моего ребенка.
15. Когда я смотрю на своего ребенка, то испытываю любовь и нежность, даже если он «плохо ведет себя».
16. Я многое хотел(а) бы изменить в своем ребенке.
17. Мне нравится быть матерью (отцом) моего ребенка.
18. Мой ребенок редко спокойно реагирует на мои требования.
19. Я часто глажу моего ребенка по голове.
20. Если у ребенка что-то не получается, он должен справиться с этим самостоятельно.

21. Я жду, пока ребенок успокоится, чтобы объяснить ему, что он неправ.
22. Если мой ребенок разбаловался, я уже не могу его остановить.
23. Я чувствую отношение моего ребенка к другим людям.
24. Я часто не могу понять, почему плачет мой ребенок.
25. Мое настроение часто зависит от настроения моего ребенка.
26. Мой ребенок часто делает вещи, которые сильно мне досаждают.
27. Ничего не мешает мне любить своего ребенка.
28. Я чувствую, что задача воспитания слишком сложна для меня.
29. Мы с моим ребенком приятно проводим время.
30. Я испытываю раздражение, когда ребенок буквально «липнет» ко мне.
31. Я часто говорю ребенку, что высоко ценю его старания и достижения.
32. Даже когда ребенок устал, он должен довести начатое дело до конца.
33. У меня получается настроить ребенка на серьезные занятия.
34. Часто мой ребенок кажется мне равнодушным, и я не могу понять, что он чувствует.
35. Я всегда понимаю, почему мой ребенок расстроен.
36. Когда у меня хорошее настроение, капризы ребенка не могут расстроить его.
37. Я чувствую, что мой ребенок любит меня.
38. Меня удручает, что мой ребенок растет совсем не таким, каким мне хотелось бы.
39. Я верю, что могу справиться с большинством ситуаций и проблем в воспитании моего ребенка.
40. Часто у нас с ребенком возникает взаимное недовольство.
41. Мне часто хочется взять ребенка на руки.
42. Я не поощряю мелкие успехи ребенка, так как это может избаловать его.
43. Бесполезно требовать от ребенка, когда он устал.
44. Я не в силах изменить плохое настроение ребенка.
45. Мне достаточно только посмотреть на ребенка, чтобы почувствовать его настроение.
46. Часто радость ребенка кажется мне беспечной.
47. Я легко заражаюсь весельем моего ребенка.
48. Я очень устаю от общения со своим ребенком.
49. Я многое прощаю своему ребенку из-за любви к нему.
50. Я нахожу, что я гораздо менее способен(способна) хорошо заботиться о своем ребенке, чем я ожидал(а).
51. У меня часто спокойные, теплые отношения с моим ребенком.
52. Я редко сажаю ребенка себе на колени.
53. Я часто хвалю своего ребенка.
54. Я никогда не нарушаю распорядок для ребенка.
55. Когда мой ребенок устал, я могу переключить его на более спокойное занятие.
56. Мне тяжело понять желания моего ребенка.
57. Я легко могу догадаться, что беспокоит моего ребенка.
58. Иногда я не понимаю, как ребенок может расстраиваться по таким пустякам.
59. Я получаю удовольствие от общения с ребенком.
60. Не всегда легко принять моего ребенка таким, какой он есть.
61. Мне удается научить ребенка, что и как делать.

62. Наши занятия с ребенком часто заканчиваются ссорой.
63. Мой ребенок любит ко мне прижиматься.
64. Я часто бываю строгим(ой) со своим ребенком.
65. Лучше отказаться от посещения гостей, когда ребенок «не в духе».
66. Когда ребенок расстроен и ему трудно успокоиться, мне бывает трудно помочь ему.

Бланк для родителей

Фамилия, имя родителя	Пол: М Ж	Возраст	Образование	Кем приходиться ребенку?
Каким по счету родился ребенок?		Полная или неполная семья? (подчеркнуть)		
Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет мес.	Образование	Дата заполнения

Оценочная шкала: 5 – абсолютно верно; 4 – скорее всего это верно; 3 – в некоторых случаях верно; 2 – не совсем верно; 1 – абсолютно неверно.

1. – 5 4 3 2 1	12. – 5 4 3 2 1	23. – 5 4 3 2 1	34. – 5 4 3 2 1	45. – 5 4 3 2 1	56. – 5 4 3 2 1
2. – 5 4 3 2 1	13. – 5 4 3 2 1	24. – 5 4 3 2 1	35. – 5 4 3 2 1	46. – 5 4 3 2 1	57. – 5 4 3 2 1
3. – 5 4 3 2 1	14. – 5 4 3 2 1	25. – 5 4 3 2 1	36. – 5 4 3 2 1	47. – 5 4 3 2 1	58. – 5 4 3 2 1
4. – 5 4 3 2 1	15. – 5 4 3 2 1	26. – 5 4 3 2 1	37. – 5 4 3 2 1	48. – 5 4 3 2 1	59. – 5 4 3 2 1
5. – 5 4 3 2 1	16. – 5 4 3 2 1	27. – 5 4 3 2 1	38. – 5 4 3 2 1	49. – 5 4 3 2 1	60. – 5 4 3 2 1
6. – 5 4 3 2 1	17. – 5 4 3 2 1	28. – 5 4 3 2 1	39. – 5 4 3 2 1	50. – 5 4 3 2 1	61. – 5 4 3 2 1
7. – 5 4 3 2 1	18. – 5 4 3 2 1	29. – 5 4 3 2 1	40. – 5 4 3 2 1	51. – 5 4 3 2 1	62. – 5 4 3 2 1
8. – 5 4 3 2 1	19. – 5 4 3 2 1	30. – 5 4 3 2 1	41. – 5 4 3 2 1	52. – 5 4 3 2 1	63. – 5 4 3 2 1
9. – 5 4 3 2 1	20. – 5 4 3 2 1	31. – 5 4 3 2 1	42. – 5 4 3 2 1	53. – 5 4 3 2 1	64. – 5 4 3 2 1
10. – 5 4 3 2 1	21. – 5 4 3 2 1	32. – 5 4 3 2 1	43. – 5 4 3 2 1	54. – 5 4 3 2 1	65. – 5 4 3 2 1
11. – 5 4 3 2 1	22. – 5 4 3 2 1	33. – 5 4 3 2 1	44. – 5 4 3 2 1	55. – 5 4 3 2 1	66. – 5 4 3 2 1

Регистрационный лист для анализа результатов – Родители о ребенке

1	(1(+)+23(+)+45(+)+12(+)+34(+)+56(+)+1) / 5 =	6.2-6.0-5.8- 5.6-5.4-5.2-5.0-4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2
2	(13(+)+35(+)+57(+)+2(+)+24(+)+46(+)+1) / 5 =	6.2-6.0-5.8-5.6-5.4- 5.2-5.0-4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2
3	(3(+)+25(+)+47(+)+14(+)+36(+)+58(+)+1) / 5 =	6.2-6.0-5.8- 5.6-5.4-5.2-5.0-4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2
4	(15(+)+37(+)+59(+)+4(+)+26(+)+48(+)+1) / 5 =	6.2-6.0-5.8-5.6-5.4-5.2- 5.0-4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2
5	(5(+)+27(+)+49(+)+16(+)+38(+)+60(+)+1) / 5 =	6.2-6.0-5.8-5.6-5.4-5.2- 5.0-4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2
6	(17(+)+39(+)+61(+)+6(+)+28(+)+50(+)+1) / 5 =	6.2-6.0-5.8-5.6-5.4-5.2- 5.0-4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2
7	(7(+)+29(+)+51(+)+18(+)+40(+)+62(+)+1) / 5 =	6.2-6.0-5.8-5.6-5.4- 5.2-5.0-4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2
8	(19(+)+41(+)+63(+)+8(+)+30(+)+52(+)+1) / 5 =	6.2-6.0-5.8-5.6- 5.4-5.2-5.0-4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2
9	(9(+)+31(+)+53(+)+20(+)+42(+)+64(+)+1) / 5 =	6.2-6.0-5.8-5.6-5.4-5.2-5.0- 4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2
10	(21(+)+43(+)+65(+)+10(+)+32(+)+54(+)+1) / 5 =	6.2-6.0-5.8-5.6-5.4-5.2-5.0-4.8-4.6-4.4- 4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2
11	(11(+)+33(+)+55(+)+22(+)+44(+)+66(+)+1) / 5 =	6.2-6.0-5.8-5.6-5.4-5.2- 5.0-4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2

Показатели эмоционального взаимодействия блоком:	Единый показатель детско-родительского эмоционального взаимодействия:
I. = (1+2+3)/3 = ((+)(+)(+)) / 3 =	ЕП _{д-р} = (I.+II.+III.) / 3 = ((+)(+)(+)) / 3 =
II. = (4+5+6+7)/4 = ((+)(+)(+)(+)) / 4 =	
III. = (8+9+10+11)/4 = ((+)(+)(+)(+)) / 4 =	

Текст для ребенка

Как выполнять задание: Оцени, используя пятибалльную шкалу, справедливы ли для тебя следующие утверждения. Эти утверждения касаются твоих родителей – матери и/или отца.

Оценочная шкала: 5 – абсолютно верно; 4 – скорее всего верно, это так; 3 – в некоторых случаях верно; 2 – не совсем верно; 1 – абсолютно неверно.

Укажи фамилию и другие сведения о себе.

1. Я сразу замечаю, когда моя мать расстроена.
2. Когда моя мать обижается, то невозможно понять, но какой причине.
3. Когда моей матери больно, мне кажется, я тоже чувствую боль.
4. Мне часто бывает стыдно за мою мать.
5. Что бы ни сделала моя мать, я буду любить ее.
6. Совместная жизнь с родителями (с матерью) – сложная проблема.
7. Я редко повышаю голос.
8. Если часто обнимать и целовать мать, можно испортить с ней отношения (ее характер).
9. Я часто даю понять моей матери, что верю в ее силы.
10. Плохое настроение моей матери не может быть оправданием ее неговорчивости (неподслушания).
11. Я легко могу успокоить свою мать.
12. Чувства моей матери для меня загадка.
13. Я понимаю, что моя мать может грубить, чтобы скрыть обиду.
14. Часто я не могу разделить радость моей матери.
15. Когда я смотрю на свою мать, то испытываю любовь и нежность, даже если она «плохо ведет себя».
16. Я многое хотел(а) бы изменить в своей матери.
17. Мне нравится быть ребенком моих родителей (матери).
18. Моя мать редко спокойно реагирует на мои требования.
19. Я часто касаюсь (дотрагиваюсь до) моей матери.
20. Если у моей матери что-то не получается, она должна справиться с этим самостоятельно.
21. Я жду, пока мать успокоится, чтобы объяснить ей, что она неправа.
22. Если моя мать «разбалуется», то ее уже невозможно остановить.
23. Я чувствую отношение моей матери к другим людям.
24. Я часто не могу понять, почему плачет моя мать.
25. Мое настроение часто зависит от настроения моей матери.
26. Моя мать часто делает вещи, которые сильно мне досаждают.
27. Ничего не мешает мне любить свою мать.
28. Я чувствую, что задача воспитания слишком сложна.
29. Мы с моей матерью приятно проводим время.
30. Я испытываю раздражение, когда мать буквально «лишпет» ко мне.
31. Я часто говорю матери, что высоко ценю ее старания и достижения.

32. Даже когда мать устала, она должна довести начатое дело до конца.
33. У меня получается настроить мать на серьезные занятия.
34. Часто моя мать кажется мне равнодушной, и я не могу понять, что она чувствует.
35. Я всегда понимаю, почему моя мать расстроена.
36. Когда у меня хорошее настроение, «капризы» матери не могут расстроить меня.
37. Я чувствую, что моя мать любит меня.
38. Меня удручает, что моя мать совсем не такая, какой мне хотелось бы.
39. Я верю, что могу справиться с большинством ситуаций и проблем в отношениях со своей матерью.
40. Часто у нас с матерью возникает взаимное недовольство.
41. Мне часто хочется взять мать за руку.
42. Я не замечая мелкие успехи матери, так как это может «избаловать» ее.
43. Бесполезно требовать от матери, когда она устала.
44. Я не в силах изменить плохое настроение матери.
45. Мне достаточно только посмотреть на мать, чтобы почувствовать ее настроение.
46. Часто радость матери кажется мне беспечной.
47. Я легко заражаюсь весельем моей матери.
48. Я очень устаю от общения со своей матерью.
49. Я многое прощаю своей матери из-за любви к ней.
50. Я нахожу, что я гораздо менее способен (способна) хорошо заботится о своей матери, чем я ожидал(а).
51. У меня часто возникают спокойные, теплые отношения с моей матерью.
52. Я редко присаживаюсь матери на колени.
53. Я часто хвалю свою мать.
54. Я никогда не вмешиваюсь в распорядок дня матери.
55. Когда моя мать устала, я могу «переключить» ее на более спокойное занятие.
56. Мне тяжело понять желания моей матери.
57. Я легко могу догадаться, что беспокоит мою мать.
58. Иногда я не понимаю, как мать может расстраиваться по таким пустякам.
59. Я получаю удовольствие от общения с матерью.
60. Не всегда легко принять мою мать такой, какая она есть.
61. Мне удастся научить мать, что и как делать, что пужно мне.
62. Наши занятия с матерью часто заканчиваются ссорой.
63. Моя мать любит ко мне прижиматься.
64. Я часто бываю строгим(ой) со своей матерью.
65. Лучше отказаться от посещения (приглашения) гостей, когда мать «не в духе».
66. Когда мать расстроена и ей трудно успокоиться, мне бывает трудно помочь ей.

Бланк для ребенка

Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет мес.	Образование	Дата заполнения
--------------	----------	-------------------	-------------	-----------------

Оценочная шкала: 5 – абсолютно верно; 4 – скорее всего это верно; 3 – в некоторых случаях верно; 2 – не совсем верно; 1 – абсолютно неверно

1. – 5 4 3 2 1	12. – 5 4 3 2 1	23. – 5 4 3 2 1	34. – 5 4 3 2 1	45. – 5 4 3 2 1	56. – 5 4 3 2 1
2. – 5 4 3 2 1	13. – 5 4 3 2 1	24. – 5 4 3 2 1	35. – 5 4 3 2 1	46. – 5 4 3 2 1	57. – 5 4 3 2 1
3. – 5 4 3 2 1	14. – 5 4 3 2 1	25. – 5 4 3 2 1	36. – 5 4 3 2 1	47. – 5 4 3 2 1	58. – 5 4 3 2 1
4. – 5 4 3 2 1	15. – 5 4 3 2 1	26. – 5 4 3 2 1	37. – 5 4 3 2 1	48. – 5 4 3 2 1	59. – 5 4 3 2 1
5. – 5 4 3 2 1	16. – 5 4 3 2 1	27. – 5 4 3 2 1	38. – 5 4 3 2 1	49. – 5 4 3 2 1	60. – 5 4 3 2 1
6. – 5 4 3 2 1	17. – 5 4 3 2 1	28. – 5 4 3 2 1	39. – 5 4 3 2 1	50. – 5 4 3 2 1	61. – 5 4 3 2 1
7. – 5 4 3 2 1	18. – 5 4 3 2 1	29. – 5 4 3 2 1	40. – 5 4 3 2 1	51. – 5 4 3 2 1	62. – 5 4 3 2 1
8. – 5 4 3 2 1	19. – 5 4 3 2 1	30. – 5 4 3 2 1	41. – 5 4 3 2 1	52. – 5 4 3 2 1	63. – 5 4 3 2 1
9. – 5 4 3 2 1	20. – 5 4 3 2 1	31. – 5 4 3 2 1	42. – 5 4 3 2 1	53. – 5 4 3 2 1	64. – 5 4 3 2 1
10. – 5 4 3 2 1	21. – 5 4 3 2 1	32. – 5 4 3 2 1	43. – 5 4 3 2 1	54. – 5 4 3 2 1	65. – 5 4 3 2 1
11. – 5 4 3 2 1	22. – 5 4 3 2 1	33. – 5 4 3 2 1	44. – 5 4 3 2 1	55. – 5 4 3 2 1	66. – 5 4 3 2 1

Регистрационный лист для анализа результатов – Ребенок о родителях

1	(1()+23()+45()+12()+34()+56()+1) / 5 =	6.2-6.0-5.8-5.6-5.4-5.2-5.0-4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2
2	(13()+35()+57()+2()+24()+46()+1) / 5 =	6.2-6.0-5.8-5.6-5.4-5.2-5.0-4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2
3	(3()+25()+47()+ 14()+36()+58()+1) / 5 =	6.2-6.0-5.8-5.6-5.4-5.2-5.0-4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2
4	(15()+37()+59()+4()+26()+48()+1) / 5 =	6.2-6.0-5.8-5.6-5.4-5.2-5.0-4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2
5	(5()+27()+49()+16()+38()+60()+1) / 5 =	6.2-6.0-5.8-5.6-5.4-5.2-5.0-4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2
6	(17()+39()+61()+6()+28()+50()+1) / 5 =	6.2-6.0-5.8-5.6-5.4-5.2-5.0-4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2
7	(7()+29()+51()+18()+40()+62()+1) / 5 =	6.2-6.0-5.8-5.6-5.4-5.2-5.0-4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2
8	(19()+41()+63()+8()+30()+52()+1) / 5 =	6.2-6.0-5.8-5.6-5.4-5.2-5.0-4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2
9	(9()+31()+53()+20()+42()+64()+1) / 5 =	6.2-6.0-5.8-5.6-5.4-5.2-5.0-4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2
10	(21()+43()+65()+10()+32()+54()+1) / 5 =	6.2-6.0-5.8-5.6-5.4-5.2-5.0-4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2
11	(11()+33()+55()+22()+44()+66()+1) / 5 =	6.2-6.0-5.8-5.6-5.4-5.2-5.0-4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2

Показатели эмоционального взаимодействия блокам:	Единый показатель детско-родительского эмоционального взаимодействия:
$I_1 = (1+2+3)/3 = (()+()+()) / 3 =$	$EN_{д\text{рив}} = (I_1+II_1+III_1) / 3 = (()+()+()) / 3 =$
$II = (4+5+6+7)/4 = (()+()+()+()) / 4 =$	
$III = (8+9+10+11)/4 = (()+()+()+()) / 4 =$	

Ключ

В опроснике выделено три блока, в который входят от 3 до 4 шкал, детализирующих эмоциональные взаимоотношения между ребенком и родителями:

I. Блок эмоциональной чувствительности:

1. Способность воспринимать состояние ребенка
2. Понимание причин состояния
3. Способность к сопереживанию

II. Блок эмоционального принятия:

4. Чувства, возникающие у матери во взаимодействии с ребенком
5. Безусловное принятие
6. Отношение к себе как к родителю
7. Преобладающий эмоциональный фон взаимодействия

III. Блок поведенческих проявлений эмоционального взаимодействия:

8. Стремление к телесному контакту
9. Оказание эмоциональной поддержки
10. Ориентация на состояние ребенка при построении взаимодействия
11. Умение воздействовать на состояние ребенка

Расшифровка результата происходит следующим образом. Пункты (номера) со знаком «+» оцениваются по «прямой» вербально-цифровой шкале – 5 4 3 2 1, а пункты (номера) со знаком «-» – по «обратной» 1 2 3 4 5. Например, если по «прямой» шкале «4» – это «скорее всего это верно», то по «обратной» – это «2», «не совсем верно», и т.п. В тексте пункты (номера) по каждой тематической шкале расставлены через один, например: +1 -12 +23 34 +45 -56.

В левой части бланка для анализа результатов «Родители о ребенке» в отведенное место скобки () вставляется балл по «прямой» или «обратной» вербально-цифровой шкале, баллы суммируются, прибавляется коэффициент 1 (единица) и эта сумма делится (/) на 5.

Например, так выглядит «формула» для подсчета по каждой тематической шкале: $(1() + 23() + 45() + 12() + 34() + 56() + 1) / 5 = \text{результат}$.

Результат после деления откладывается в правой части бланка для анализа результатов – «Родители о ребенке». Все возможные балльные значения могут принимать значения от 6.2 до 1.2. Жирным шрифтом выделено среднее значение по этой тематической шкале, а курсивом и подчеркиванием выделены баллы от максимального до минимального нормальных балльных значений. За пределами этих значений (у каждой тематической шкалы среднее и максимальное и минимальное значения свои) можно судить об отклонении в эмоциональных взаимоотношениях между родителями и детьми.

Регистрационный лист для анализа результатов – Родители о ребенке

1	$(1() + 23() + 45() + 12() + 34() + 56() + 1) / 5 =$	6.2-6.0-5.8- <u>5.6-5.4-5.2-5.0-4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2</u>
2	$(13() + 35() + 57() + 2() + 24() + 46() + 1) / 5 =$	6.2-6.0-5.8-5.6-5.4- <u>5.2-5.0-4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2</u>
3	$(3() + 25() + 47() + 14() + 36() + 58() + 1) / 5 =$	6.2-6.0-5.8- <u>5.6-5.4-5.2-5.0-4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2</u>
4	$(15() + 37() + 59() + 4() + 26() + 48() + 1) / 5 =$	6.2-6.0-5.8-5.6-5.4-5.2- <u>5.0-4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2</u>
5	$(5() + 27() + 49() + 16() + 38() + 60() + 1) / 5 =$	6.2-6.0-5.8-5.6-5.4-5.2- <u>5.0-4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2</u>
6	$(17() + 39() + 61() + 6() + 28() + 50() + 1) / 5 =$	6.2-6.0-5.8-5.6-5.4-5.2- <u>5.0-4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2</u>
7	$(7() + 29() + 51() + 18() + 40() + 62() + 1) / 5 =$	6.2-6.0-5.8-5.6-5.4- <u>5.2-5.0-4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2</u>

8	(19()+41()+63()+8()+30()+52()+1) / 5 =	6.2-6.0-5.8-5.6-5.4-5.2-5.0-4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2
9	(9()+31()+53()+20()+42()+64()+1) / 5 =	6.2-6.0-5.8-5.6-5.4-5.2-5.0-4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2
10	(21()+43()+65()+10()+32()+54()+1) / 5 =	6.2-6.0-5.8-5.6-5.4-5.2-5.0-4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2
11	(11()+33()+55()+22()+44()+66()+1) / 5 =	6.2-6.0-5.8-5.6-5.4-5.2-5.0-4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2

В оригинальной методике автором представлены средние и сигмальные значения (нормированные результаты) только для оценки родителями своих детей. Мы модифицировали пункты (утверждения) так, чтобы ребенок тоже мог оценивать тематические эмоциональные взаимодействия, возникающие между ним и родителями. Ниже приводится бланк для анализа результатов – «Ребенок о родителях». Подсчет результатов аналогичен подсчету результатов – «Родители о ребенке». Для этой части тестирования нет «нормативных» баллов – средних значений. Но возможные балльные значения тоже принимают значения от 6.2 до 1.2. Таким образом возможно наглядное представление результатов (сравнение результатов между родителями и ребенком).

Регистрационный лист для анализа результатов – Ребенок о родителях

1	(1()+23()+45()+12()+34()+56()+1) / 5 =	6.2-6.0-5.8-5.6-5.4-5.2-5.0-4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2
2	(13()+35()+57()+2()+24()+46()+1) / 5 =	6.2-6.0-5.8-5.6-5.4-5.2-5.0-4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2
3	(3()+25()+47()+14()+36()+58()+1) / 5 =	6.2-6.0-5.8-5.6-5.4-5.2-5.0-4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2
4	(15()+37()+59()+4()+26()+48()+1) / 5 =	6.2-6.0-5.8-5.6-5.4-5.2-5.0-4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2
5	(5()+27()+49()+16()+38()+60()+1) / 5 =	6.2-6.0-5.8-5.6-5.4-5.2-5.0-4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2
6	(17()+39()+61()+6()+28()+50()+1) / 5 =	6.2-6.0-5.8-5.6-5.4-5.2-5.0-4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2
7	(7()+29()+51()+18()+40()+62()+1) / 5 =	6.2-6.0-5.8-5.6-5.4-5.2-5.0-4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2
8	(19()+41()+63()+8()+30()+52()+1) / 5 =	6.2-6.0-5.8-5.6-5.4-5.2-5.0-4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2
9	(9()+31()+53()+20()+42()+64()+1) / 5 =	6.2-6.0-5.8-5.6-5.4-5.2-5.0-4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2
10	(21()+43()+65()+10()+32()+54()+1) / 5 =	6.2-6.0-5.8-5.6-5.4-5.2-5.0-4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2
11	(11()+33()+55()+22()+44()+66()+1) / 5 =	6.2-6.0-5.8-5.6-5.4-5.2-5.0-4.8-4.6-4.4-4.2-4.0-3.8-3.6-3.4-3.2-3.0-2.8-2.6-2.4-2.2-2.0-1.8-1.6-1.4-1.2

Мы предлагаем ввести усредненный результат, показывающий общее значение по каждому из 3 блоков. Он получается из суммы баллов тематических шкал деленной (/) на 3 или 4, в зависимости от количества тематических шкал в каждом блоке. Например, I (блок эмоциональной чувствительности) = (I.(тематическая шкала) + 2. + 3.) / 3 = результат.

На этой основе рассчитывается единый показатель детско-родительского эмоционального взаимодействия (ЕП_{дрэв}). Подсчет осуществляется следующим образом: ЕП = (I.(блок) + II. + III.) / 3 = результат.

Показатели эмоционального взаимодействия блокам:	Единый показатель детско-родительского эмоционального взаимодействия:
I. = (1+2+3)/3 = (()+()+()) / 3 =	ЕП _{дети} = (I.+II.+III.) / 3 = (()+()+()) / 3 =
II. = (4+5+6+7)/4 = (()+()+()+()) / 4 =	
III. = (8+9+10+11)/4 = (()+()+()+()) / 4 =	

МНОГОСТОРОННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ

Текст

Как выполнять задание: Напиши свою фамилию и другие сведения о себе в бланке для ответов. Ниже напечатаны утверждения, касающиеся твоего характера и твоего здоровья. Прочти каждое утверждение и реши, верно или неверно это утверждение по отношению к тебе сейчас, в настоящее время. Если ты согласен с утверждением, оно верно для тебя, то перечеркни в левом столбике «ВЕРНО» цифру, соответствующую номеру утверждения. Если с утверждением ты не согласен, оно неверно для тебя, то перечеркни в правом столбике «НЕВЕРНО» цифру, соответствующую номеру утверждения. Для получения результата необходимо ответить на все утверждения. Не пропускай ни одного из них. Если содержание утверждения тебе непонятно, спроси.

1. У меня хороший аппетит.
2. По утрам я обычно чувствую, что выспался.
3. В моей жизни масса интересного.
4. Я учусь, работаю с большим напряжением.
5. Мне приходят в голову такие нехорошие мысли, что о них лучше не рассказывать.
6. У меня очень редко бывают запоры.
7. Мне очень хочется навсегда уйти из дома.
8. Временами у меня бывают приступы неудержимого смеха или плача.
9. Временами меня беспокоит тошнота и позывы на рвоту.
10. У меня такое впечатление, что меня никто не понимает.
11. Мне хочется выругаться.
12. Мне снятся кошмары.
13. Мне труднее сосредоточиться, чем большинству других людей.
14. Со мной происходят странные вещи.
15. Я достиг бы в жизни гораздо большего, если бы люди не были настроены против меня.
16. Временами я совершаю мелкие кражи.
17. Бывало, что по несколько часов, дней (или недель) я ничем не мог заняться, потому что трудно было заставить себя включиться в работу, учебу.
18. У меня прерывистый и беспокойный сон.
19. Когда я нахожусь среди людей, мне слышатся странные вещи.
20. Большинство знающих меня людей не считают меня неприятным человеком.
21. Мне часто приходится подчиняться кому-нибудь, кто знает меньше моего.

22. Большинство людей довольны своей жизнью более чем я.
23. Очень многие преувеличивают свои несчастья, чтобы добиться сочувствия и помощи.
24. Иногда я сержусь.
25. Мне определенно не хватает уверенности в себе.
26. Часто у меня бывают подергивания в мышцах.
27. У меня чувство, как будто я сделал что-то неправильное или нехорошее.
28. Я удовлетворен своей судьбой.
29. Некоторые так любят командовать, что я делаю почти все наперекор.
30. Я считаю, что против меня что-то замышляют.
31. Большинство людей способны добиваться выгоды не совсем честным способом.
32. Меня часто беспокоит желудок.
33. Часто я не могу понять, почему накануне я был в плохом настроении и раздражителен.
34. Временами мои мысли текут так быстро, что я не успеваю их высказывать.
35. Я считаю, что жизнь в моей семье не хуже, чем у большинства моих знакомых.
36. Я уверен в собственной бесполезности.
37. В последние дни (неделю) мое самочувствие в основном было хорошим.
38. В последнее время (дни) у меня было состояние, во время которого я что-то делал и потом не мог вспомнить, что именно.
39. Я считаю, что сейчас меня часто незаслуженно наказывают.
40. Я никогда не чувствовал себя лучше, чем теперь.
41. Мне безразлично, что думают обо мне другие.
42. С памятью у меня все благополучно.
43. Мне трудно поддерживать разговор с человеком, с которым я только что познакомился.
44. Большую часть времени я чувствую общую слабость.
45. У меня редко болит голова.
46. Иногда мне бывает трудно сохранять равновесие во время ходьбы.
47. Не все мои знакомые мне нравятся.
48. Есть люди, которые пытаются украсть мои идеи и мысли.
49. Я считаю, что совершаю поступки, которые нельзя простить.
50. Я считаю, что я слишком застенчив.
51. Я почти всегда о чем-либо тревожусь.
52. Мои родители часто не одобряют моих знакомств.
53. Иногда я немного сплетничаю.
54. Я чувствую, что мне необыкновенно легко принимать решения.
55. У меня бывает сильное сердцебиение, и я часто задыхаюсь.
56. Я вспыльчивый, но отходчивый.
57. У меня в эти дни такое беспокойство, что трудно усидеть на месте.
58. Мои родители и другие члены семьи часто придираются ко мне.

ОБРАТНАЯ СТОРОНА БЛАНКА

(сетка для графического представления результата тестирования)

Т	L	F	K	1	2	3	4	6	7	8	9	Т
	м. ж	м. ж	м. ж	м. ж	м. ж	м. ж	м. ж	м. ж	м. ж	м. ж	м. ж	
84		11.		18.	16.			10.	21.	23		84
83			19.18	.18	.18	.23	.16		.22	22.		83
82						19.						82
81		.8		17.		.22	17.	.11			11.	81
80		10.	18.		15.17				20.	.22	.12	80
79	5.5		.17	.17				9.	.21	21.		79
78				16.		18.21	.15					78
77			17.		.16					.21		77
76		9.	.16	.16	14.		16.	.10	19.	20.		76
75		.7		15.		17.20						75
74			16.								10.11	74
73					.15			8.		.20		73
72			.15	14.15	13.	16.19	15.14		18.	19.		72
71	.4	8.	15.					.9				71
70	4.	.6			.14				.19	.19		70
69			.14	13.14	12.	.18				.18	.10	69
68			14.			15.			17.		9.	68
67					.13		14.13	7.				67
66		7.	13.13	12.13		.17		.8	.18	.18		66
65				11.	14.					17.		65
64		.5							16.		.9	64
63	.3	6.	12.	11.	.12	.16						63
62	3.		.12	.12			13.12			16.17		62
61				10.	13.			6.7	.17		8.	61
60			11.		.11	.15			15.			60
59				10.11						.16	.8	59
58		5.4	.11			12.	12.			15.		58
57			10.		9.10	.14	.11		.16			57
56				9.				5.6	14.			56
55		4.	.10	.10						14.15	7.	55
54	2.2		9.		8.	11.13						54
53				8.	.9		11.				.7	53
52		.3	.9	.9					13.15	.14		52
51			8.			10.12	.10	.5		13.		51
50		3.			7.8			4.				50
49				7.							6.	49
48			7.8	.8		.11	10.		12.14	12.13	.6	48
47					.7	9.						47
46	1.1	.2		6.	6.		.9	.4				46
45		2.	6.7	.7		.10				.12		45
44						8.		3.	11.	11.		44
43				5.	.6	.9	9.		.13		.5	43
42			5.6	.6	5.						5.	42
41		1.					.8	.3		10.11		41
40		.1			.5	7.8			10.			40
39			4.	4.	4.		8.		.12			39
38	0.0		.5	.5				2.		9.10	.4	38
37		0.			.4	6.7						37
36			3.	3.			.7	.2	9.		4.	36
35			.4	.4	3.							35
34		.0					7.		.11	8.9		34
33			2.	2.	.3	5.						33
32			.3					1.	8.		.3	32
31				.3	2.	.5	.6	.1				31
30			1.		.2	4.	6.		.10	7.8	3.	30
29				1.								29
28			.2	.2	1.	.4			7.			28
27			0.		.1					6.		27
26				0.		3.	.5	0.0		.7	.2	26
25			.1			.3	5.		.9			25
Т	м. ж	м. ж	м. ж	1	2	3	4	6	7	8	9	Т

Ключ

Ответы ребенка, взрослого, отмеченные в цифровых полях как **ВЕРНЫЕ** или **НЕВЕРНЫЕ**, соответственно переносятся на сам ключ.

Например, по шкале L в цифровом поле «ВЕРНО» отмечен N 24, и в цифровом поле «НЕВЕРНО» отмечены N 5, 11, 47, 53 и т.д. для всех шкал. Затем подсчитывается количество сырых баллов (ответов) по каждой шкале и записывается в соответствующее место С1 для каждой шкалы. Для 1, 4, 7, 8, 9 шкал при подсчете прибавляются коррекционные баллы поправки, которая берется из таблицы и записывается в соответствующее место С2 и суммируется с результатами С1. Для шкал 1, 4, 7, 8, 9 получают результат: $C1 + C2 = C3$. А для шкал L, F, K, 1, 2, 3, 6 сырой результат сразу записывается в соответствующее каждой шкале место С3.

Например, по шкале К результат: 6 сырых баллов, совпавших с ключом. Для перевода в нормированные единицы Т-нормы важно знать пол ребенка, взрослого, т.к. мужские и женские нормы различны. Обязательно следите, чтобы в бланке, где указывается пол, была соответствующая отметка (это особенно важно при фамилиях, по которым трудно определить пол). Мальчики (мужчины) отмечают (перечеркивают) букву «М» девочки (женщины) перечеркивают букву «Ж».

По сырым результатам С3 строится профиль актуального психического состояния. Точки сырых значений соединяются друг с другом, образуя профиль личности, причем точка К (коррекционные шкалы) не соединяется с точкой 1 шкалы. После подсчета сырых результатов, перевода их в Т-норму можно интерпретировать результат тестирования.

Оценочные шкалы дают характеристику отношения исследуемого к самому факту исследования и в известной мере свидетельствуют о достоверности результатов.

Шкала лжи (L) свидетельствует о тенденции испытуемого представить себя в наиболее благоприятном свете в соответствии с общепринятыми социальными нормами. Высокие показатели по этой шкале наблюдаются у примитивных личностей.

Шкала валидности (F) при обнаружении высоких показателей свидетельствует о недостоверности полученных результатов. Такое повышение может наблюдаться при явно психотических состояниях, при непонимании обследуемым утверждений, содержащихся в опроснике, а так же при намеренном искажении результатов.

Шкала коррекции (K) служит для выявления тенденции скрыть или приуменьшить присущие психопатологические явления или, наоборот, выявляет его чрезмерную откровенность.

Шкала «?» регистрирует количество утверждений, на которые исследуемый не смог ответить.

Показатели по этим шкалам оцениваются не только в отдельности, но и в совокупности и в соотношении с показателями клинических шкал. При показателях по оценочным шкалам свыше 70 Т-баллов профиль личности считается сомнительным, а свыше 80 – недостоверным. Высокий положительный показатель F - K свидетельствует о тенденции к утрированию обследуемым своего болезненного состояния, агравации, симуляции. Высокий положительный показатель F - K – признак диссимуляции, стремления обследуемого продемонстрировать соблюдение им социальных норм поведения.

Оценка полученных результатов проводится по следующим основным шкалам:

1. Шкала ипохондрии (сверхконтроля, соматизации тревоги) измеряет степень фиксированности обследуемого на своих соматических функциях. Высокий показатель по этой шкале свидетельствует о частоте и неопределенности соматических жалоб, о желании вызвать сочувствие окружающих.
2. Шкала депрессии (тревоги и депрессивных тенденций) свидетельствует о преобладании депрессивного настроения, пессимизма, неудовлетворенности.
3. Шкала истерии (эмоциональной лабильности, вытеснения факторов, вызывающих тревогу). Высокие показатели по ней характерны для истероидных личностей, склонных к механизмам психологической защиты по типу вытеснения.
4. Шкала психопатии (импульсивность, реализация эмоциональной напряженности в непосредственном поведении).
5. Шкала мужественности–женственности (выраженность мужских и женских черт характера).
6. Шкала паранойи (ригидности, ригидности аффекта). Высокие показатели характерны для лиц с постепенным накоплением и застойностью аффекта, злопамятством, упрямством, медленной сменой настроений, тугоподвижностью мыслительных процессов, повышенной подозрительностью.
7. Шкала психастении (тревожности, фиксации тревоги и ограничительного поведения). Отражает склонность к реакциям тревоги и страха, сенситивность и неуверенность в себе.
8. Шкала шизофрении (индивидуалистичности, аутизации) направлена на выявление шизоидных черт личности, отгороженности от окружающего, аутизма. Включает в себя также утверждения, относящиеся к продуктивной психопатологической симптоматике (бреду, галлюцинациям).
9. Шкала гипомании (оптимизма и активности, отрицания тревоги).

Литература: Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМЛ. СПб.: Речь, 2000. 219 с.

ГИССЕНСКИЙ ПЕРЕЧЕНЬ ЖАЛОБ

Текст

Как выполнять задание: опросник выявляет интенсивность эмоционально окрашенных жалоб по поводу физического самочувствия. Отмечаемые недомогания оценивай по шкале: 0 – нет, 1 – слегка, 2 – несколько, 3 – значительно, 4 – сильно.

Я чувствую следующие недомогания:

1. Ощущение слабости.
2. Сердцебиение, перебои в сердце или замирание сердца.
3. Чувство давления или переполнения в животе
4. Повышенную сонливость.
5. Боли в суставах и конечностях.
6. Головокружение.
7. Боли в пояснице и спине.

8. Боли в шее (затылке) или плечевых суставах.
9. Рвоту.
10. Тошноту.
11. Ощущение кома в горле, сужение горла или спазма.
12. Отрыжку.
13. Изжогу или кислую отрыжку.
14. Головные боли.
15. Быструю истощаемость.
16. Усталость.
17. Чувство оглушенности (помрачения сознания).
18. Чувство тяжести или усталости в ногах.
19. Вялость.
20. Колющие или тянущие боли в груди.
21. Боли в желудке.
22. Приступы одышки.
23. Ощущение давления в голове.
24. Сердечные приступы.

Бланк

Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет мес.	Образование	Дата заполнения
№	1-и	2-ж	3-р	4-с
1	0-1-2-3-4			
2				0-1-2-3-4
3		0-1-2-3-4		
4	0-1-2-3-4			
5			0-1-2-3-4	
6				0-1-2-3-4
7			0-1-2-3-4	
8			0-1-2-3-4	
9		0-1-2-3-4		
10		0-1-2-3-4		0-1-2-3-4
11				
12		0-1-2-3-4		
13		0-1-2-3-4		
14			0-1-2-3-4	
15	0-1-2-3-4			
16	0-1-2-3-4			
17	0-1-2-3-4			
18			0-1-2-3-4	
19	0-1-2-3-4			
20				0-1-2-3-4
21		0-1-2-3-4		
22				0-1-2-3-4
23			0-1-2-3-4	
24				0-1-2-3-4
ΣΣ -	Σи -	Σж -	Σр -	Σс -

Ключ

Этот опросник-анкета предназначен для выявления субъективной картины физических страданий больных. Предложен Е. Брюхлер и Дж. Снер в 1967 г. Опросник состоит из перечня, включающего 57 жалоб, относящихся к таким сферам, как общее самочувствие, вегетативные расстройства, нарушение функций внутренних органов. Степень их интенсивности оценивает-

ся по 5-балльной шкале: 0 – нет, 1 – слегка, 2 – несколько, 3 – значительно, 4 – сильно. Помимо жалоб, выясняется их обусловленность психическими или физическими факторами пациента. Предусмотрена возможность указания не содержащихся в опроснике жалоб.

На основе факторного анализа были выделены 4 основные и 5-я дополнительная шкалы:

Шкала 1. «Истощение» (И) – характеризует неспецифический фактор истощения, указывающий на общую потерю жизненной энергии, потребность в помощи.

Шкала 2. «Желудочные жалобы» (Ж) – отражает синдром нервных (психосоматических) желудочных недомоганий.

Шкала 3. «Ревматический характер» (Р) – выражает субъективные страдания пациента, носящие алгический или спастический характер.

Шкала 4. «Сердечные жалобы» (С) – указывает на то, что пациент локализует свои недомогания преимущественно в сердечно-сосудистой сфере.

Шкала 5. «Давление», или «Интенсивность жалоб» (Д) – характеризует общую интенсивность жалоб.

Указанные шкалы не отражают клинические синдромы, которые позволяют диагностировать то или иное заболевание. Они представляют собой среднее сочетание ощущаемых человеком физических недомоганий. Стандартизация опросника проводилась на выборке населения Германии (1601 чел.) и пациентах психосоматической клиники Гиссенского университета (4076 чел.) Русскоязычный вариант адаптирован сотрудниками психоневрологического института им. В. М. Бехтерева (В. А. Абабков, С. М. Бабин, Г. Л. Исурин и др., 1993), стандартизован на здоровых (286 чел.) и больных с певротическими и психосоматическими расстройствами (467 чел.). По мнению авторов русскоязычного варианта методики, физическое состояние человека влияет на эмоциональный стереотип поведения. Это следствие влияния соматики на психику. Но возможно и обратное воздействие – сложившийся у личности эмоциональный стереотип поведения накладывает отпечаток на переживание физического состояния. Эмоциональный стереотип поведения оказывает давление на восприятие органических состояний. В медицине существует понятие «субъективный уровень заболевания». В отличие от объективной картины соматических нарушений, субъективный уровень отражает, как человек эмоционально интерпретирует состояние своего здоровья. При этом каждое отдельное ощущение сопровождается субъективным эмоционально окрашенным восприятием, а сумма таких ощущений определяет интенсивность субъективных недомоганий. Речь идет о любой личности, а не только о больном или обратившемся за помощью к врачу. Ведь каждый человек в той или иной мере обеспокоен своим здоровьем и переживает какие-либо недомогания, привнося в повседневные отношения с окружающими эмоциональный психосоматический фон. Помимо основного предназначения, данный опросник может использоваться для изучения эффективности психотерапии.

Вычисляются суммарные оценки недомоганий, составляющих шкалы:

1. «Истощение» – И: $1+4+15+16+17+19 =$

2. «Желудочные жалобы» – Ж: $3+9+10+12+13+21 =$

3. «Боли в различных частях тела» или «ревматический фактор» – Р: $5+7+8+14+18+23 =$

4. «Сердечные жалобы» – С: $2+6+11+20+22+24 =$

5. «Давление (интенсивность) жалоб» – Д. Эта шкала включает все 24 приведенные выше жалобы и представляет собой интегральную оценку 4-х предыдущих шкал.

Оценка для первых четырех шкал находится в диапазоне от 0 до 24 баллов, для 5-й шкалы как суммарного показателя четырех предыдущих, оценка может варьироваться от 0 до 96 баллов. Чем больше «набрано» баллов, тем сильнее субъективное ощущение физических недомоганий. Помимо интерпретации по пяти шкалам, возможен анализ, базирующийся на всех пунктах.

ШКАЛА ТЯЖЕСТИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Текст

Как выполнять задание: в бланке запиши ситуацию, которую ты оценил для себя как стрессовую. Укажи, когда она произошла.

Прочитай все 11 возможных оценок тяжести события. В каждом номере приведены типичные примеры, соотнеси свою ситуацию (случай) с указанными, и отметь ту, которая лучше всего подходит для твоего случая.

1. Никакие события не могут рассматриваться как проявления стресса и способные вызвать заболевания.
- 2а. Переход в другую школу; разрыв с другом (подругой).
- 2б. Жизнь в условиях перенаселения (отсутствие отдельной комнаты); конфликты между членами семьи.
- 3а. Исключение из школы; рождение братьев или сестер.
- 3б. Хроническое заболевание у одного из родителей с утратой трудоспособности; постоянный конфликт с родителями.
- 4а. Развод родителей; арест, заключение в тюрьму.
- 4б. Жестокие родители, передача на воспитание в разные учреждения.
- 5а. Смерть одного из родителей; физическое насилие; обнаружение сексуальной или физической неполноценности,
- 5б. Устойчивые сексуальные или физические нарушения (или изнасилование).
- 6а. Смерть обоих родителей.
- 6б. Событие, воспринимаемое как несущее угрозу жизни, например, хроническое заболевание.

Бланк

Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет	мес.	Образование	Дата заполнения
--------------	----------	--------------	------	-------------	-----------------

Запиши стрессовую ситуацию, которая с тобой произошла:

Когда она произошла:				число		месяц		год		
1	2а	2б	3а	3б	4а	4б	5а	5б	6а	6б

Ключ

Приводится шкала тяжести психосоциальных стрессов для детей и подростков. Американская классификация DSM-III-R содержит шкалу для кодирования психосоциальных факторов, вызывающих стресс и способствующих развитию обострений того или иного заболевания: 1 – отсутствие стресса, 2а, б – слабый стресс, 3а, б – умеренный стресс, 4а, б – тяжелый стресс, 5а, б – чрезмерно тяжелый стресс, 6а, б – катастрофический стресс. Буквой «а» отмечен острый стресс, буквой «б» отмечен хронический стресс. Записывается ситуация, приведшая к стрессу, дата, когда это произошло. Отмечается код (номер) тяжести оцени

стрессовой ситуации. Проводится качественный разбор оценки стресса. (<http://magazine.mospsy.ru/номер5/pobeg.doc>)

ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИЕ ОТНОШЕНИЯ

Текст

Как выполнять задание: В бланке для ответов напиши свою фамилию и другие сведения о себе. Ниже напечатаны утверждения, касающиеся твоего характера и твоего здоровья. Прочти каждое утверждение и реши ВЕРНО или НЕВЕРНО это утверждение по отношению к тебе. Если ты согласен с утверждением, оно верно для тебя, то перечеркни в левом столбике «ВЕРНО» цифру, соответствующую номеру утверждения. Если с утверждением ты не согласен, оно неверно для тебя, то перечеркни в правом столбике «НЕВЕРНО» цифру, соответствующую номеру утверждения. Если содержание утверждения тебе непонятно, спроси.

1. Временами мне очень хотелось покинуть дом.
2. Моей семье не нравится работа, которую я собираюсь выбрать.
3. Я очень редко ссорюсь с членами моей семьи.
4. Я считаю, что в моем доме жизнь идет не хуже, чем у большинства моих знакомых.
5. Мои родные обращаются со мной как с ребенком, а не как со взрослым.
6. В моем доме отношения менее дружественные, чем в других семьях.
7. Мои родители часто не одобряют моих знакомств.
8. Я вполне независим и свободен от принятых в нашей семье правил и традиций.
9. Почти все мои родственники относятся ко мне хорошо.
10. Мои родители и другие члены семьи часто ко мне придираются.
11. Члены моей семьи и мои близкие родственники ладят друг с другом.

Бланк

Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет	мес.	Образование	Дата заполнения								
Верно, согласен / согласна													
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11													
Неверно, не согласен / не согласна													
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11													
1, 2, 5, 6, 7, 10													
3, 4, 8, 9, 11													
Т	М	38	43	49	54	60	65	70	76	81	87	92	98
С		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Т	Ф	32	37	43	48	54	60	65	71	77	82	88	93

Ключ

Основной целью разработчиков шкал было стремление упростить обследование. Однако «упрощение» в психодиагностике может приводить к ошибочным выводам, к примитивизации полученных результатов, придать исследованию поверхностный характер. Дополнительные шкалы между собой никак не соотносятся. Навыки интерпретации формируются с приобретением опыта и интерпретацию лучше осуществлять в совокупности с об-

щим профилем. Интерпретация шкалы напрашивается по ее названию. Сырые баллы соотнесены с Т-нормами для детей и подростков мужского и женского пола. М – мужская Т-норма; F – женская Т-норма. С – сырой результат, сумма ответов верно и неверно.

Верно 1, 2, 5, 6, 7, 10							Неверно 3, 4, 8, 9, 11						
Т	М	38	43	49	54	60	65	70	76	81	87	92	98
С		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Т	F	32	37	43	48	54	60	65	71	77	82	88	93

Роль дополнительной шкалы лишь уточняющая. Название шкалы поясняет, какое качество у данного индивида выражено выше нормы (если показатель выше 70 Т), повышено (если выше 56 Т) или ниже нормы (ниже 50 Т). Результат выше или ниже указанных Т-норм считается либо недостоверным, либо психопатологическим. Чем выше результат в Т-баллах, тем выше и предрасположенность к семейной дисгармонии.

Литература: Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМЛ. СПб.: Речь, 2000. 219 с.

МИКРОШКАЛА ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИХ ТИПОВ ЛИЧНОСТИ

Бланк

Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет мес.	Образование	Дата заполнения
--------------	----------	-------------------	-------------	-----------------

Текст

Как выполнять задание: прочти характерологические признаки, которые могут быть тебе свойственны. Оцени все признаки (их по 9 в каждой из трех частей) с помощью цифровой шкалы:

0 (отсутствие признака) – 1 (слабо выражен признак) – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 (очень сильно выражен признак).

Соответствующую цифру отметь (перечеркни).

От) Мне свойственны:

1. Крик (и громкая речь)	0 1 2 3 4 5 6 7
2. Как что – слезы	0 1 2 3 4 5 6 7
3. Уговаривать, «убалтывать» других	0 1 2 3 4 5 6 7
4. Люблю, когда меня любят, а сам(а) любить не способен (не способна)	0 1 2 3 4 5 6 7
5. Начиная говорить, говорю все громче и дольше	0 1 2 3 4 5 6 7
6. «Присасываться» к другим (быть созависимым(ой) с другими)	0 1 2 3 4 5 6 7
7. Внешняя поддержка имеет для меня важную роль, и я терпеливо жду ее	0 1 2 3 4 5 6 7
8. В фантазиях готов(а) «съесть», «проглотить» тех, с кем общаюсь	0 1 2 3 4 5 6 7
9. Испытываю удовольствие от того, что могу что-то кусать	0 1 2 3 4 5 6 7

ОтСр. ₁₋₇ =	/ 7 =	ОтΣ ₁₋₇ =	х 2,04 % =	%	Ок ₈ –	Ос ₉ –
------------------------	-------	----------------------	------------	---	-------------------	-------------------

Ат) Мне свойственны:

1. Аккуратность	0 1 2 3 4 5 6 7
2. Бережливость, стяжательность (стремление к накоплению, наживе)	0 1 2 3 4 5 6 7

3. Упрямство	0 1 2 3 4 5 6 7
4. Стремление к порядку, систематизации (порядок в вещах и действиях)	0 1 2 3 4 5 6 7
5. Обязательность	0 1 2 3 4 5 6 7
6. Всеохватывающий контроль над окружающими	0 1 2 3 4 5 6 7
7. Компетентность (знающий(ая), осведомленный(ая)) практически в любом вопросе	0 1 2 3 4 5 6 7
8. Мучить окружающих	0 1 2 3 4 5 6 7
9. Расценивать себя как жертву обстоятельств	0 1 2 3 4 5 6 7

$AtCp_{1-7} =$	$/ 7 =$	$At\Sigma_{1-7} =$	$\times 2,04 \% =$	$\%$	$Ac_g -$	$Am_g -$
----------------	---------	--------------------	--------------------	------	----------	----------

(Фт) Мне свойственны:

1. Доминирование (господствование, возвышение)	0 1 2 3 4 5 6 7
2. Соперничество	0 1 2 3 4 5 6 7
3. Умею «поставить на место»	0 1 2 3 4 5 6 7
4. Могу показать, кто старше, сильнее, умнее	0 1 2 3 4 5 6 7
5. Горжусь успехами других, если я этому способствовал(а)	0 1 2 3 4 5 6 7
6. Самоутверждение	0 1 2 3 4 5 6 7
7. Подчеркиваю свою мужественность (даже если я женского пола)	0 1 2 3 4 5 6 7
8. Предвосхищаю нападки на себя и потому нападаю первым(ой)	0 1 2 3 4 5 6 7
9. Если соперник «проваливается», то это эмоционально «укрепляет» меня	0 1 2 3 4 5 6 7

$ФтCp_{1-7} =$	$/ 7 =$	$Фт\Sigma_{1-7} =$	$\times 2,04 \% =$	$\%$	$Фэл_g -$	$Фк_g -$
----------------	---------	--------------------	--------------------	------	-----------	----------

Ключ

Оральный тип личности (От) – начинается с рождения, продолжается около года и характеризуется оральной зоной. Младенец получает удовольствие от сосания. Выделяют две подфазы: орально-каннибалическую (Ок) – младенец испытывает «фантазии» съесть, проглотить любимый предмет (грудь) и орально-садистическую (Ос) – прорезывание зубов.

Анальный тип личности (Ат) – начинается с 9 месяцев и продолжается до двух-трех лет. Либи́до концентрируется в области анального сфинктера. Главной заботой ребенка становится управление собственным телом. Подфазы: анально-садистическая (Ас) – формируется функция контроля (власть и контроль над окружающим миром) и моральная подфаза (Ам).

Фаллический тип личности (Фт) – эта фаза развития продолжается с двух-трех до пяти-шести лет. Концентрируется в генитальной области – области половых органов.

Фаллическую фазу во второй половине называют эдиповой (Фэд) – разрешение эдипова комплекса ведет к образованию суперэго и подфазы контроля (Фк).

Латентный и генитальный типы личности не диагностируются. Латентная фаза (с шести лет до достижения пубертата): сексуальные инстинкты дремлют, ребенок овладевает навыками, не имеющими прямой связи с сексуальностью. Генитальная фаза (от достижения пубертата до окончания жизни) характеризуется зрелой сексуальностью, где комбинируется все, чему человек научился на прегенитальных стадиях; эта стадия характеризуется сексуальными контактами и оргазмом. Человек, достигший этой стадии, способен к любви и плодотворной работе.

Оценка признаков проводится по 9-бальной шкале с помощью цифровой шкалы. Шкала: 0 (отсутствие признака) – 1 (слабо выражен признак) – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 (очень сильно выражен признак).

Подсчитывается среднее (Ср) значение или процентное выражение результата. Субшкалы 8 и 9 – используются абсолютные значения. Чем выше среднее значения или процентное выражение, тем очевидней наличие психоаналитических типов личности.

ШКОЛА И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ ОТНОШЕНИЕ К ШКОЛЬНЫМ ЗАНЯТИЯМ В ПЕРИОД БОЛЕЗНИ РЕБЕНКА

Бланк

Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет мес.	Образование	Дата заполнения
--------------	----------	-------------------	-------------	-----------------

Текст

1) **Как выполнять задание:** выбери самый типичный для себя способ поведения. Номер выбранного текста обведи.

1. В это время не учу уроки, до тех пор пока вновь не пойду в школу.
2. Сам(а) хочу учить уроки.
3. Сам(а) хочу продолжать посещать школу и учить уроки.
4. Не делаю уроки, но за 1 или 2 дня до школы начинаю делать их вновь.
5. Узнаю у учеников или учителей, что задано, но уроки не делаю.
6. Родители заставляют или говорят, что надо узнавать, что задано, и учить уроки.
7. Меня (родители, учителя) заставляют или говорят, что надо ходить в школу и учить уроки.
8. Когда я находился(ась) в больнице, то уроки не учил(а).
9. Когда я находился(ась) в больнице, то продолжал(а) учить уроки.
10. Когда я находился(ась) в больнице, то там проводились школьные занятия и заставляли заниматься.

Ключ. Проводится качественный анализ отмеченных признаков для психотерапии.

2) **Как выполнять задание:** даны одиннадцать признаков, характеризующих отношение к школе. Пожалуйста, прочитай все признаки и выбери один из них – тот, который лучше всего характеризует тебя. С левой стороны перечеркни цифру того признака, который ты выбрал(а).

Цифры	Признаки
0	Полное нежелание ходить в школу, учиться.
1	Недоброжелательное отношение к школе, к выполнению заданий и к учителям.
2	Отрицательное отношение к школе, учебному процессу, учителям, одноклассникам.
3	Прохладное отношение к школе.
4	Равнодушное отношение.
5	Школу необходимо посещать, избежать этого нельзя.

35	35,5	36	36,5	37	37,5	38	38,5	39	39,5	40
низкая		нормальная						очень высокая		
температура		температура						температура		

Ключ. Проводится качественный анализ отмеченных самоощущений наличия температуры.

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ (ЦЕФАЛГИЯ) НАПРЯЖЕНИЯ

Бланк

Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет мес.	Образование	Дата заполнения
--------------	----------	-------------------	-------------	-----------------

Текст

Символом «Ц» обозначается ощущение головной боли (цефалгии).

1) Как выполнять задание: Слева помещены слова, обозначающие переживания, возникающие в различных ситуациях. Каждое переживание может сопровождаться различными ощущениями, в частности головной болью. В центральной части таблицы отметь (подчеркни) то словесное определение «Ц», которое возникает у тебя во время переживания в какой-либо ситуации. Справа запиши пример(ы), в какой именно ситуации у тебя возникает «Ц» при твоём переживании.

Переживания	Словесное определение цефалгии	Примеры
1. Интересующийся	боль-болезненность-покалывание-тяжесть-давление-распирание-ничего	
2. Радостный	боль-болезненность-покалывание-тяжесть-давление-распирание-ничего	
3. Удивленный	боль-болезненность-покалывание-тяжесть-давление-распирание-ничего	
4. Горюющий	боль-болезненность-покалывание-тяжесть-давление-распирание-ничего	
5. Гневный	боль-болезненность-покалывание-тяжесть-давление-распирание-ничего	
6. Чувство отвращения	боль-болезненность-покалывание-тяжесть-давление-распирание-ничего	
7. Презрительный	боль-болезненность-покалывание-тяжесть-давление-распирание-ничего	
8. Страшайся	боль-болезненность-покалывание-тяжесть-давление-распирание-ничего	
9. Стыдливый	боль-болезненность-покалывание-тяжесть-давление-распирание-ничего	
10. Виноватый	боль-болезненность-покалывание-тяжесть-давление-распирание-ничего	
11. Скучающий	боль-болезненность-покалывание-тяжесть-давление-распирание-ничего	
12. Грустный	боль-болезненность-покалывание-тяжесть-давление-распирание-ничего	
13. Безразличный	боль-болезненность-покалывание-тяжесть-давление-распирание-ничего	
14. Ликующий	боль-болезненность-покалывание-тяжесть-давление-распирание-ничего	

15. Добрый	боль-болезненность-покалывание-тяжесть-давление-распирание-ничего	
16. Чувство приятного	боль-болезненность-покалывание-тяжесть-давление-распирание-ничего	
17. Уважительный	боль-болезненность-покалывание-тяжесть-давление-распирание-ничего	
18. Неопасающийся	боль-болезненность-покалывание-тяжесть-давление-распирание-ничего	
19. Гордый	боль-болезненность-покалывание-тяжесть-давление-распирание-ничего	
20. Правый	боль-болезненность-покалывание-тяжесть-давление-распирание-ничего	

2) **Как выполнять задание:** Отметь ощущение головной боли в различных ситуациях. Подходящее слово, обозначающее ощущение боли, подчеркни.

	1	2	3	4	5	6	7
1. «Ц» временная, проходящая	боль	болезненность	покалывание	тяжесть	давление	распирание	ничего
2. «Ц» постоянная, непрекращающаяся	боль	болезненность	покалывание	тяжесть	давление	распирание	ничего
3. «Ц», когда испытываю волнение, беспокойство, тревогу	боль	болезненность	покалывание	тяжесть	давление	распирание	ничего
4. «Ц», когда спокоен (спокойна)	боль	болезненность	покалывание	тяжесть	давление	распирание	ничего
5. «Ц» на уроках предмета, который плохо понимаю	боль	болезненность	покалывание	тяжесть	давление	распирание	ничего
6. «Ц» на уроках предмета, который я хорошо знаю и понимаю	боль	болезненность	покалывание	тяжесть	давление	распирание	ничего
7. «Ц», любое инфекционное заболевание (соматическое)	боль	болезненность	покалывание	тяжесть	давление	распирание	ничего
8. «Ц», когда у меня	боль	болезненность	покалывание	тяжесть	давление	распирание	ничего

3) **Как выполнять задание:** оцени свое отношение к школьным занятиям в разные периоды состояния своего здоровья. Дониши предложение, как ты относишься в этом состоянии к выполнению уроков. Затем вырази в баллах для каждого случая свое отношение к школьным занятиям, отметив (перечеркнув) одну из цифр от 1 – не хочу делать уроки (заниматься) до 10 – с удовольствием делаю уроки.

Состояние здоровья	Отношение к школьным занятиям
1. В тот период, когда у меня временная, проходящая головная боль, то...	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Когда у меня постоянная, непрекращающаяся боль, то...	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Когда я испытываю волнение, беспокойство, тревогу, боязнь, то...	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Когда я спокойна (спокоен), то...	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. На уроках предмета, который я плохо понимаю, то...	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6. На уроках предмета, который я хорошо понимаю и знаю, то...	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. Любое инфекционное заболевание (соматическое), то...	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Когда у меня , то мое отношение к урокам, занятиям...	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ключ

Проводится качественный анализ отмеченных самоощущений наличия боли.

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ (ОЦЕНКА БОЛИ)

Интенсивность головной боли оценивается по 10-балльной системе с помощью вариантов визуально-аналоговой шкалы.

Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет мес.	Образование	Дата заполнения
--------------	----------	-------------------	-------------	-----------------

Что у тебя болит? (заниши) _____

Вариант 1

Какой силы у тебя сейчас боль? Отметь черточкой или крестиком на линии:

0-----10
 боль сильнейшая
 отсутствует боль

Вариант 2

Какой силы у тебя сейчас боль? Отметь черточкой или крестиком на линии:

0-----2-----4-----6-----8-----10
 нет слабая умеренная сильная очень сильнейшая
 боли сильная боль

Ключ

Проводится качественный (количественный) анализ отмеченных самоощущений. Для получения количественного результата в варианте 1 сантиметровой линейкой замеряется расстояние от 0 до отметки. В варианте 2 помимо количественного результата оценка дополняется числовым значением.

СКЛОННОСТЬ К ГОЛОВНЫМ БОЛЯМ (мигрени)

Текст

Как выполнять задание: Прочти утверждения и отметь в бланке для ответа «да» – если оно подходит для тебя, «нет» – если не подходит.

1. Головная боль носит периодический характер.
2. Иногда при головной боли у меня нарушается зрение.
3. Во время приступа головной боли может быть расстройство речи.
4. В период головной боли могут быть различные ощущения в теле.
5. Боль у меня чаще с одной стороны головы.
6. Когда у меня головная боль, то я не могу выносить свет.
7. Головная боль сопровождается тошнотой и рвотой.
8. После приступа головной боли я некоторое время чувствую себя полностью здоровым.
9. Приступ головной боли начинается и заканчивается внезапно.
10. У меня крупные черты лица (особенно нижняя челюсть).
11. У меня достаточно высокий интеллект (хорошие умственные способности).
12. Головная боль у меня возникает, когда, по моему мнению, я лишаясь защиты с чьей-либо стороны.
13. Ответственность и самостоятельность даются мне с трудом.

14. Я честолюбив (жажду известности, стремлюсь к почестям).
15. Я человек скрытный.
16. Я спокойный.
17. Я горделивый.
18. Я эмоционально чувствительный.
19. Могу сказать о себе, что я бываю деспотичным (самовластный, не считаюсь с другими).
20. Я лишен чувства юмора.
21. Я испытываю враждебность, если замечаю, что другие в чем-то умнее (способнее) меня.
22. Я испытываю чувство вины, если «ловлю» себя на зависти к кому-либо.
23. Я само совершенство.
24. Я склонен к соперничеству.
25. Я долго помню события.
26. Я не способен делить ответственность с кем-либо.
27. Я обижаюсь, если мне говорят, что я не справляюсь с каким-то заданием.
28. Приступ головной боли возникает, если я замечаю, что не справляюсь (или не смогу справиться) с чем-то.
29. Если мне говорят, что я враждебен, я не соглашаюсь с этим (я не такой).
30. Свой гнев я могу «замаскировать», контролировать так, что внешне это никак не заметно.

Бланк

Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет мес.	Образование	Дата заполнения
--------------	----------	-------------------	-------------	-----------------

1 ДА НЕТ	2 ДА НЕТ	3 ДА НЕТ	4 ДА НЕТ	5 ДА НЕТ	6 ДА НЕТ
7 ДА НЕТ	8 ДА НЕТ	9 ДА НЕТ	10 ДА НЕТ	11 ДА НЕТ	12 ДА НЕТ
13 ДА НЕТ	14 ДА НЕТ	15 ДА НЕТ	16 ДА НЕТ	17 ДА НЕТ	18 ДА НЕТ
19 ДА НЕТ	20 ДА НЕТ	21 ДА НЕТ	22 ДА НЕТ	23 ДА НЕТ	24 ДА НЕТ
25 ДА НЕТ	26 ДА НЕТ	27 ДА НЕТ	28 ДА НЕТ	29 ДА НЕТ	30 ДА НЕТ

$\Sigma_{1-30} =$

Ключ

Чем больше отмечено утверждений, тем вероятней, что у обследуемого предрасположенность к головным болям по психосоматическому типу.

ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К ГОЛОВНЫМ БОЛЯМ

Текст

Как выполнять задание: в бланке для ответов напиши свою фамилию и другие сведения о себе. Ниже напечатаны утверждения, касающиеся твоего характера и твоего здоровья.

Прочти каждое утверждение и реши ВЕРНО или НЕВЕРНО это утверждение по отношению к тебе. Если ты согласен с утверждением, оно верно для тебя, то

перечеркни в левом столбике «ВЕРНО» цифру, соответствующую номеру утверждения. Если с утверждением ты не согласен, оно неверно для тебя, то перечеркни в правом столбике «НЕВЕРНО» цифру, соответствующую номеру утверждения. Если содержание утверждения тебе непонятно, спроси.

1. Малейший шум меня будит.
2. Если я попадаю в неприятное положение, то мне лучше всего держать язык за зубами.
3. Большую часть времени у меня болит голова.
4. Я предпочитаю проходить мимо своих школьных друзей или людей, которых я давно не видел(а), если они со мной не заговаривают первыми.
5. Несколько раз в неделю или чаще меня беспокоят неприятные ощущения в верхней части живота (под ложечкой).
6. Я люблю ходить в гости или в другие места, где бывает много шумных забав.
7. У меня очень редко бывают мышечные судороги или подергивания (или не бывает совсем).
8. Я почти все время испытываю чувство наполненности в голове или в носу.
9. Я часто чувствую, что голова как бы стянута обручем.
10. Часто я не могу понять, почему я был(а) таким/ой упрямым/ой и злым/ой.
11. Если мне делают что-то приятное, меня обычно интересует, что за этим кроется.
12. Мне нравится солдатская служба.
13. Теменная часть головы (или любая другая) у меня иногда бывает очень чувствительной.
14. У меня не бывает головокружений (или бывают, но очень редко).
15. Мои поступки обычно бывают неправильно поняты окружающими.
16. Безопаснее никому не доверять.
17. Счастливее всего я себя чувствую в одиночестве.
18. Меня настораживают люди, которые относятся ко мне более дружелюбно, чем я ожидал(а).
19. В моей семье есть очень нервные люди.
20. Мне нравится читать основополагающие статьи в газетах и журналах.
21. В детстве я не стремился(-ась) быть членом уличной компании.
22. Я считаю, что люди никогда не должны прикасаться к спиртному.
23. Я часто запоминаю ненужные номера (например, номера машин).
24. Я часто жалею, что был(а) таким/ой упрямым/ой и злым/ой.
25. Я охотно знакоюсь с новыми людьми.
26. Мне больше нравится работать с руководителем, дающим строгие четкие указания, чем с руководителем, предоставляющим большую свободу.
27. Я люблю бывать на вечерах и встречах.

Бланк

Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет мес.	Образование	Дата заполнения
--------------	----------	-------------------	-------------	-----------------

Верно, согласен/ согласна	Неверно, не согласен/не согласна
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27

Ключ

Используется подростковый вариант для мальчиков и девочек (10–15 лет). Основной целью разработчиков шкал было стремление упростить обследование. Однако «упрощение» в психодиагностике может приводить к ошибочным выводам, примитивизации полученных результатов, придать исследованию поверхностный характер. Дополнительные шкалы между собой никак не соотносятся. Навыки интерпретации формируются с приобретением опыта и ее лучше осуществлять в совокупности с общим профилем.

Сырые баллы соотнесены с Т-нормами для детей и подростков мужского и женского пола. М – мужская Т-норма; F – женская Т-норма. С – сырой результат, сумма ответов верно и неверно.

Верно 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 21, 24, 25, 26											Неверно 6, 7, 14, 19, 20, 22, 23, 25, 27																		
Т	М	-38	-24	-15	-6	4	13	22	31	41	50	59	68	78	87	96	105	115	124	133	142	152	161	170	179	189	198	207	217
С		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
Т	F	15	18	22	25	28	31	35	38	41	44	48	51	54	57	60	64	67	70	73	76	80	83	86	89	92	96	99	102

Роль этой шкалы – уточняющая. Качество у данного индивида выражено выше нормы, если показатель выше 70 Т, повышено, если выше 56 Т, или ниже нормы – ниже 50 Т. Результат выше или ниже считается либо недостоверным, либо психопатологическим. Чем выше результат в Т-баллах, тем выше предрасположенность к головным болям.

ОПРОСНИК ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОЩУЩЕНИЕ СИЛЫ (ЗДОРОВЬЯ) И СЛАБОСТИ (БОЛЕЗНИ)

Бланк

Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет	Образование	Дата заполнения
--------------	----------	--------------	-------------	-----------------

Текст

Символом «F» обозначается ощущение силы (здоровья).

Как выполнять задание: отметить ощущение силы или слабости в теле в различных ситуациях. Подходящее слово, обозначающее ощущение силы, подчеркни.

	1	2	3	4	5	6	7
1. «F», когда есть простудное заболевание	бессилие	слабость	вялость	норма	напряжен	твердость	сила
2. «F», когда нет простуды, но ощущается температура	бессилие	слабость	вялость	норма	напряжен	твердость	сила
3. «F», когда испытываю волнение, беспокойство, тревогу	бессилие	слабость	вялость	норма	напряжен	твердость	сила
4. «F», когда спокоен (спокойна)	бессилие	слабость	вялость	норма	напряжен	твердость	сила
5. «F» на уроках предмета, который плохо понимаю	бессилие	слабость	вялость	норма	напряжен	твердость	сила
6. «F» на уроках предмета, который хорошо понимаю и знаю	бессилие	слабость	вялость	норма	напряжен	твердость	сила
7. «F», любое неинфекционное (соматическое) заболевание	бессилие	слабость	вялость	норма	напряжен	твердость	сила
8. «F», когда у меня	бессилие	слабость	вялость	норма	напряжен	твердость	сила

Ключ

Проводится дифференциация состояния «слабости – силы» («F») при 8 ситуациях.

БАЗИСНЫЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ ПРИ ТЕМПЕРАТУРЕ НЕИНФЕКЦИОННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ, ЦЕФАЛГИИ, ОЩУЩЕНИИ НЕЗДОРОВЬЯ

Бланк

Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет	Образование	Дата заполнения
--------------	----------	--------------	-------------	-----------------

Текст

Символом «F» обозначается ощущение силы без ее измерения. Символом «t°» – обозначается ощущение температуры без измерения ее градусником. Символом «Ц» – обозначается головная боль (цефалгия).

Как выполнять задание: слева помещены слова, обозначающие переживания, которые возникают в различных ситуациях. Каждое переживание может сопровождаться различными ощущениями.

В центральной части отметь (подчеркни) те словесные определения ощущений «F», «t°», «Ц», которые возникают у тебя во время переживания в какой-либо ситуации. Справа запиши пример(ы), в какой именно ситуации у тебя возникают переживания и ощущения.

Переживания (эмоции) Шкала словесных определений F, t°, Ц	Ситуации, при которых возникает F, t°, Ц
1. Интересующийся бессилие – слабость – вялость – F норма – напряжена – твердость – сила жар – горячо – тепло – нет t° – прохладно – холодно – морозно боль – болезненность – покалывание – тяжесть – давление – распирание – ничего	
2. Радостный бессилие – слабость – вялость – F норма – напряжена – твердость – сила жар – горячо – тепло – нет t° – прохладно – холодно – морозно боль – болезненность – покалывание – тяжесть – давление – распирание – ничего	
3. Удивленный бессилие – слабость – вялость – F норма – напряжена – твердость – сила жар – горячо – тепло – нет t° – прохладно – холодно – морозно боль – болезненность – покалывание – тяжесть – давление – распирание – ничего	
4. Горюющий бессилие – слабость – вялость – F норма – напряжена – твердость – сила жар – горячо – тепло – нет t° – прохладно – холодно – морозно боль – болезненность – покалывание – тяжесть – давление – распирание – ничего	
5. Гневный бессилие – слабость – вялость – F норма – напряжена – твердость – сила жар – горячо – тепло – нет t° – прохладно – холодно – морозно боль – болезненность – покалывание – тяжесть – давление – распирание – ничего	
6. Чувство отвращения бессилие – слабость – вялость – F норма – напряжена – твердость – сила жар – горячо – тепло – нет t° – прохладно – холодно – морозно боль – болезненность – покалывание – тяжесть – давление – распирание – ничего	

Ключ

Проводится качественный анализ отмеченных признаков, которые используют в психотерапии, если выявлен школьный стресс при цефалгии напряжения, температуре неинфекционного происхождения, ощущении недорожья.

ГИПЕРАКТИВНОСТЬ (ПЯТЬ СУБШКАЛ)

Пять субшкал для исследования гиперактивности (не по МКБ-10): а) внимание, б) интерес, в) сосредоточенность на чем-либо при выполнении задания, г) волевое усилие, д) временная длительность занятия.

Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет мес.	Образование	Дата заполнения
--------------	----------	-------------------	-------------	-----------------

1) **Как выполнять задание:** оцени степень своего *внимания*. Прочитай поочередно все 5 степеней внимания, выбери текст (степень), который лучше всего описывает твоё внимание (вообще) и затем с помощью цифры отметь степень (уровень). Выбранную цифру (одну) подчеркни.

Почти абсолютное <i>невнимание</i> ни к чему, даже на минуты не могу чем-то заняться одним.	<i>Внимание</i> «перепрыгивает» с одного на другое, и не довожу начатое дело до конца.	Могу удерживать <i>внимание</i> на некоторое время потом отвлекаюсь на другое, а затем опять возвращаюсь к начатому.	<i>Внимание</i> на две третьих сосредоточено на выполнении чего-то одного, почти без отвлечения на другое.	Если чем-то занят, то <i>внимание</i> сосредоточено только на одном деле, и оно доводится до конца.
10 9.5 9 8.5 8 7.5 7 6.5 6 5.5 5 4.5 4 3.5 3 2.5 2 1.5 1 0.5 0				

Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет мес.	Образование	Дата заполнения
--------------	----------	-------------------	-------------	-----------------

2) **Как выполнять задание:** оцени степень своего *интереса*. Прочитай поочередно все 5 степеней интереса, выбери текст (степень), который лучше всего описывает твой интерес к чему-либо и затем с помощью цифры отметь степень (уровень). Выбранную цифру (одну) подчеркни.

Я <i>интересуюсь</i> одновременно буквально всем.	<i>Интерес</i> постоянно и попеременно «скачет» с одного на другое.	Мне вначале на некоторое время <i>интересно</i> одно, а потом интересно другое, но чаще я опять возвращаюсь к тому, что заинтересовало вначале.	<i>Интерес</i> на две третьих сосредоточено на чем-то одном, начинаю интересоваться другим, когда первое уже близко к завершению.	Я проявляю <i>интерес</i> только к чему-то одному, от начала и до конца.
10 9.5 9 8.5 8 7.5 7 6.5 6 5.5 5 4.5 4 3.5 3 2.5 2 1.5 1 0.5 0				

Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет мес.	Образование	Дата заполнения
--------------	----------	-------------------	-------------	-----------------

3) **Как выполнять задание:** оцени степень своей *сосредоточенности* заниматься чем-либо. Прочитай поочередно все 5 степеней *сосредоточенности на чем-либо*, выбери текст (степень), который лучше всего описывает твою сосредоточенность и затем с помощью цифры отметь степень (уровень). Выбранную цифру (одну) подчеркни.

Я занимаюсь всегда <i>то одним, то другим</i> .	Я занимаюсь попеременно часто <i>то одним, то другим</i> .	Я занимаюсь <i>то одним, то другим</i> .	Я занимаюсь часто <i>чем-то одним</i> .	Я занимаюсь всегда <i>чем-то одним</i> .
10 9.5 9 8.5 8 7.5 7 6.5 6 5.5 5 4.5 4 3.5 3 2.5 2 1.5 1 0.5 0				

Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет мес.	Образование	Дата заполнения
--------------	----------	-------------------	-------------	-----------------

4) **Как выполнять задание:** оцени степень своего *волевого усилия*. Прочитай поочередно все 5 степеней *волевого усилия*, выбери текст (степень), который лучше всего описывает твоё *волевоe усилие* к чему-либо и затем с помощью цифры отметь степень (уровень). Выбранную цифру (одну) перечеркни.

<i>Волевоe усилие</i> практически отсутствует, хочу сделать задуманное, но абсолютно не могу сделать.	<i>Волевоe усилие</i> отсутствует на 80 %, хочу, сделать задуманное, но не могу этого сделать.	<i>Волевым усилием</i> могу заставить себя делать что-либо, но не всегда.	<i>Волевоe усилие</i> присутствует на 87 %, хочу сделать задуманное и почти все осуществляю.	<i>Волевоe усилие</i> присутствует, хочу сделать задуманное и осуществляю это полностью.
10 9.5 9 8.5	8 7.5 7 6.5	6 5.5 5 4.5	4 3.5 3 2.5	2 1.5 1 0.5 0

Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет мес.	Образование	Дата заполнения
--------------	----------	-------------------	-------------	-----------------

5) **Как выполнять задание:** оцени степень *длительности* усилия при выполнении задания. Прочитай поочередно все 5 степеней *длительности* волевого усилия, выбери текст (степень), который лучше всего описывает *длительность* твоего усилия к чему-либо, и затем с помощью цифры отметь степень (уровень). Выбранную цифру (одну) перечеркни.

Время уходит на выполнение какого-либо задания от 0 до 30 секунд, минуты.	Времени на выполнение какого-либо задания, я могу уже через 20 минут прекратить его выполнять.	Время «тратится» наполовину, остальное «утекает сквозь пальцы».	Большая часть времени, отводимого на задание расходуется на выполнение задания.	Времени «расходуется» столько, чтобы полностью выполнить задуманное.
10 9.5 9 8.5	8 7.5 7 6.5	6 5.5 5 4.5	4 3.5 3 2.5	2 1.5 1 0.5 0

Ключ

С помощью пяти субшкал исследуются индивидуальные показатели, которые существуют при выполнении каких-либо заданий, учебного процесса. Каждая из пяти субшкал разделена на пять качественных признаков, один из которых испытуемый отмечает. Чем выше цифра-балл, тем выраженной гиперактивность. Эти пять субшкал можно использовать при разных видах деятельности, до и после лечения.

ГИПЕРАКТИВНОСТЬ (по МКБ-10)

Текст для родителей

Как выполнять задание: Прочтите признаки, которые могут возникать у ребенка. В бланке для ответов отметьте те признаки, которые наблюдаются у вашего ребенка за последние 6 месяцев. Перечеркните «да» – если признак наблюдается, «нет» – если отсутствует.

A1

1. Часто неспособен удерживать внимание на деталях; из-за небрежности, легкомыслия допускает ошибки в школьных заданиях, в выполняемой работе и других видах деятельности.
2. Обычно с трудом сохраняет внимание при выполнении заданий или во время игр.

3. Часто складывается впечатление о том, что ребенок не слушает обращенную к нему речь.
4. Часто оказывается не в состоянии придерживаться предлагаемых инструкций и справиться до конца с выполнением уроков, домашней работы или обязанностей на рабочем месте (что никак не связано с негативным или вызывающим поведением, неспособностью понять задание).
5. Часто испытывает сложности в организации самостоятельного выполнения заданий и других видов деятельности.
6. Обычно избегает, высказывает недовольство и сопротивляется вовлечению в выполнение заданий, которые требуют длительного сохранения умственного напряжения (например, школьных заданий, какой-либо домашней работы).
7. Часто теряет вещи, необходимые в школе и дома (например, игрушки, школьные принадлежности, карандаши, книги, рабочие инструменты).
8. Легко отвлекается на посторонние стимулы.
9. Часто проявляет забывчивость в повседневных ситуациях.

A2

1. Часто наблюдаются беспокойные движения в кистях и стопах, сидя на стуле – крутится, вертится.
2. Часто встает со своего места в классе во время уроков или в других ситуациях, когда нужно оставаться на месте.
3. Часто проявляет бесцельную двигательную активность: бегает, крутится, пыгается куда-то залезть, причем в таких ситуациях, когда это неприемлемо.
4. Обычно не может тихо, спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге.
5. Часто находится в постоянном движении и ведет себя так, «как будто к нему прикрепили мотор».
6. Часто бывает болтливым.

A3

1. Часто отвечает на вопросы не задумываясь, не выслушав их до конца.
2. Обычно с трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях.
3. Часто мешает другим, пристает к окружающим (например, вмешивается в беседы или игры).

B

1. Отмеченные признаки начали вызывать беспокойство окружающих в возрасте ребенка до 7 лет.

C

2. Отмеченные признаки возникают в двух и более видах окружающей обстановки (например, в школе и дома).

D

3. Имеются убедительные сведения о дополнительных значимых нарушениях в социальных контактах или школьном обучении.

Текст для ребенка

Как выполнять задание: Прочти признаки, которые могут возникать у тебя. В бланке для ответов отметь те признаки, которые наблюдаются у тебя последние 6 месяцев. Перечеркни «да» – если признак наблюдается, «нет» – если отсутствует.

A1

1. Часто я неспособен удерживать внимание на деталях; из-за небрежности, легкомыслия допускаю ошибки в школьных заданиях, в выполняемой работе и других видах деятельности.
2. Обычно я с трудом сохраняю внимание при выполнении заданий или во время игр.
3. Часто у других складывается впечатление о том, что я не слушаю обращенную ко мне речь.
4. Часто я оказываюсь не в состоянии придерживаться предлагаемых инструкций и справляться до конца с выполнением уроков, домашней работы или обязанностей на рабочем месте (что никак не связано с моим негативным или вызывающим поведением, или неспособностью понять задание).
5. Часто я испытываю сложности в организации самостоятельного выполнения заданий и других видов деятельности.
6. Я обычно высказываю недовольство и сопротивляюсь вовлечению в выполнение заданий, которые требуют длительного сохранения умственного напряжения (например, школьных заданий, какой-либо домашней работы).
7. Часто я теряю вещи, необходимые в школе и дома (например, игрушки, школьные принадлежности, карандаши, книги, рабочие инструменты).
8. Я легко отвлекаюсь на посторонние стимулы.
9. Я часто проявляю забывчивость в повседневных ситуациях.

A2

1. Часто у меня возникают (наблюдаются) беспокойные движения в кистях и стопах, сидя на стуле – кручусь, верчусь.
2. Часто я встаю со своего места в классе во время уроков или в других ситуациях, когда нужно оставаться на месте.
3. Часто я проявляю бесцельную двигательную активность: бегаю, кручусь, пытаюсь куда-то залезть, причем в таких ситуациях, когда это неприемлемо.
4. Обычно я не могу тихо и спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге (в свободное время).
5. Часто я нахожусь в постоянном движении и веду себя так, «как будто ко мне прикрепили мотор».
6. Часто я бываю болтливый.

A3

7. Часто я отвечаю на вопросы не задумываясь, не выслушав их до конца.
8. Я обычно с трудом дожидаясь своей очереди в различных ситуациях.
9. Часто я мешаю другим, пристаю к окружающим (например, вмешиваюсь в беседу или игру).

B

1. Отмеченные признаки начали вызывать беспокойство окружающих в возрасте до 7 лет.

C

2. Отмеченные признаки возникают в двух и более видах окружающей обстановки (например, в школе и дома).

D

3. Имеются убедительные сведения о дополнительных значимых нарушениях в социальных контактах или школьном обучении.

Бланк

Фамилия, имя родителя		Пол: М Ж		Возраст		Образование		Кем приходится ребенку?			
Фамилия, имя		Пол: М Ж		Возраст: лет		мес.		Образование		Дата заполнения	
A1	1 да нет	2 да нет	3 да нет	4 да нет	5 да нет	6 да нет	7 да нет	8 да нет	9 да нет		
A2	1 да нет	2 да нет	3 да нет	4 да нет	5 да нет	6 да нет	A3	7 да нет	8 да нет	9 да нет	
B да нет			C да нет			D да нет					
A1(6)=	A2(6)=	A3(2)=	A1+2=	A1+3=	A2+3=	A(1+2+3)=	B=	C=	D=	A+B+C+D=	%
D-											

Ключ к диагностическим критериям для синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (по DSM-IV)

Проблемы трудностей поведения у детей находятся в центре внимания широкого круга специалистов, объединяющего медиков, педагогов, психологов, социологов. Одним из основных факторов, приводящих к формированию трудностей обучения и нарушений поведения, являются нарушения функций центральной нервной системы, возникающие вследствие различных неблагоприятных воздействий на развивающийся мозг. В результате этих воздействий может измениться нормальный ход созревания функциональных систем мозга, обеспечивающих такие сложные интегративные процессы и функции, как поведение, речь, внимание, память, восприятие. Вследствие очагового поражения, недоразвития или дисфункции тех или иных отделов коры больших полушарий головного мозга у детей школьного возраста могут наблюдаться трудности в освоении навыков письма, чтения, счета. У детей этой группы постоянно обнаруживаются признаки нарушений или незрелости отдельных высших психических функций. Двумя наиболее распространенными примерами таких состояний могут служить синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ). Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей проявляется несвойственными для нормальных возрастных показателей избыточной двигательной активностью, дефектами концентрации внимания, отвлекаемостью, импульсивностью поведения, проблемами во взаимоотношениях с окружающими и трудностями в обучении. Дети с СДВГ часто выделяются своей неловкостью, неуклюжестью, которые обозначаются как минимальная статиколокомоторная недостаточность.

В качестве алгоритма для начального этапа диагностики СДВГ могут использоваться критерии, разработанные американской психиатрической ассоциацией и опубликованные в 1994 году в классификации DSM-IV.

Для постановки диагноза необходимо наличие следующих симптомов-критериев (см. критерии в тексте опросника) приведенных в разделах (A1) – невнимательность, N 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9; (A2 – гиперактивность, N 1, 2, 3, 4, 5, 6, и A3 – импульсивность, N 7, 8, 9). Для A1 – необходимо шесть или более из перечисленных симптомов невнимательности, которые сохраняются на протяжении как минимум 6 месяцев и выражены настолько, что свидетельствуют о недостаточной адаптации и несответствии нормальным возрастным характеристикам. Для A2 – шести и более из перечисленных сим-

птомов гиперактивности и для АЗ – двух и более симптомов импульсивности, которые сохраняются на протяжении по меньшей мере 6 месяцев и выражены настолько, что свидетельствуют о недостаточной адаптации и несоответствии нормальным возрастным характеристикам.

Согласно классификации DSM-IV, в случаях полного соответствия наблюдаемой клинической картины за последние 6 месяцев одновременно разделам А1, А2 и АЗ перечисленных, ставится диагноз сочетанной нормы СДВГ. Если за последние 6 месяцев отмечалось полное соответствие симптомов критериям раздела А1 при частичном соответствии критериям раздела А2, то используется диагностическая формулировка: «СДВГ с преимущественными нарушениями внимания». Если за последние 6 месяцев отмечалось полное соответствие симптомов критериям раздела А2 и АЗ при частичном соответствии критериям раздела А1, то используется диагностическая формулировка: «СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности».

Для диагностики СДВГ также имеют значения следующие критерии:

В – некоторые симптомы невнимательности, гиперактивности и импульсивности начинают вызывать беспокойство окружающих (и самого ребенка) в возрасте ребенка до 7 лет.

С – проблемы, обусловленные перечисленными в тексте (для взрослых и детей) симптомами, возникают в двух и более видах окружающей обстановки.

Д – имеются убедительные сведения о клинически значимых нарушениях в социальных контактах или школьном обучении.

Задание выполняет сам ребенок, родители, учителя, врачи, психологи – все, кто какое-то время мог наблюдать ребенка дома, в школе, в больнице и других обстоятельствах. Использование экспертных оценок повышает достоверность выявляемых нарушений в поведении ребенка.

Подсчитываются ответы, отмеченные как «да», их сумма вносится в бланк для ответов в соответствующие места для записи и записывается соответствующий диагноз (D=).

A1(6)-	A2(6)-	A3(2)-	A1+2-	A1+3-	A2+3-	A(1+2+3)-	B-	C-	D-	A+B+C+D-	%
D=											

Лечение СДВГ должно быть комплексным и включать методы модификации поведения, психотерапии, нейронсихологической, психиатрической коррекции. В процессе оказания помощи специалисты должны вовлечь не только самого ребенка, но также его родителей, членов семьи, учителей. В задачу врача, психолога входит изменение отношения к ребенку к сторону лучшего его понимания с целью снять излишнее напряжение, возникающее вокруг него. Родителям ребенка объясняют, что улучшение его состояния зависит не только от специально назначаемого лечения, но в значительной мере еще и от доброго, спокойного и последовательного отношения к нему. В воспитании ребенка с гиперактивностью родителям необходимо избегать двух крайностей: проявления чрезмерной жалости и вседозволенности с одной стороны, а с другой – постановки перед ним повышенных требований, которые он не в состоянии выполнить, в сочетании с излишней пунктуальностью, жесткостью и наказаниями. Частое изменение указаний и колебания настроения родителей оказывают на ребенка с СДВГ гораздо более глубокое негативное воздействие, чем на здоровых детей. Родители должны

знать, что сопутствующие СДВГ нарушения поддаются лечению, но процесс улучшения состояния ребенка обычно занимает длительное время.

Поскольку наибольшие сложности дети с СДВГ испытывают в школе, к помощи им необходимо привлекать педагогов. Выполнение ряда рекомендаций позволяет нормализовать взаимоотношения с учителя с «трудным» учеником и помогает достичь более высоких результатов в учебе. Работа с гиперактивным учеником должна строиться индивидуально, при этом основное внимание уделяется его отвлекаемости и слабой самоорганизации. От педагога требуется по возможности игнорировать вызывающее поведение и постуки ребенка с СДВГ и поощрять его хорошее поведение. Во время уроков целесообразно ограничить до минимума отвлекающие факторы. Ребенку должна быть представлена возможность быстрого обращения за помощью к учителю в случаях затруднений. Учебные занятия для него должны строиться по четко распланированному, стереотипному распорядку. Если ученику предстоит выполнение большого задания то оно предлагается ему в виде последовательных частей, и учитель периодически контролирует ход работы над каждой частью, внося необходимые коррективы. Во время учебного дня предусматриваются возможности для двигательной «разрядки»; занятий физическим трудом, спортивными упражнениями.

Важное место в лечении СДВГ занимает медикаментозная терапия. Лекарственная терапия назначается по индивидуальным показаниям в тех случаях, когда нарушения со стороны когнитивных функций и проблем поведения у ребенка с СДВГ не могут быть преодолены лишь с помощью психолого-педагогических и психотерапевтических методов. В настоящее время при медикаментозном лечении СДВГ находят применение различные группы препаратов, в том числе стимуляторы ЦНС (*метилфенидат, декстроамфитамин, пемолин, церебролизин*), трициклические антидепрессанты (*имипрамин, амитриптилин*), тироридазин (*сонапакс, меллерил*), а также препараты ноотропного ряда (*ноотропил*).

Возможны повторные обследования ребенка на предмет динамических изменений признаков СДВГ в результате оказания комплексной помощи.

ПЕРВИЧНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Делались многократные попытки выявить поведенческие, личностные, основанные на темпераменте, опросники, выявляющие склонность к повышению артериального давления. Одной из успешных (лучших) в отношении гипертонической болезни до сих пор остается подход, предложенный Ф. Александером (1957, Ф. Александер, 2000). Он предложил рассматривать гипертоническую болезнь в связке (в триаде) с двумя другими психосоматическими болезнями – мигренью и ревматическим артритом. Полагалось, что человек склонный к сосудистым реакциям, проходит три поведенческие стадии, возникающие при межличностных взаимоотношениях. Этот поведенческий набор состоит из следующих стадий а) образное (мысленное) представление враждебного настроения – стадия мигрени (см. методику в разделе «головные боли»); б) сдерживание, контролирование возможного враждебного настроения – стадия гипертонической болезни; в) готовность проявить, осуществить враждебность, но не доходящую до прямой реальной агрессии – стадия артрита. Каждую из стадий можно разложить на понаговы составляющие. Для гипертонического поведения она следующая: 1) враждебные конкурентные тенденции и при этом боязнь и предвидение поражения;

- 2) усиление стремления к зависимости; 3) чувство неполноценности; 4) реакции враждебного соперничества; 5) тревога и сдерживание враждебных импульсов; 6) фиксирование подъемов артериального давления.

Текст

Как выполнять задание: ниже помещены утверждения, касающиеся поведенческих реакций. Прочти каждое утверждение и отметь в бланке для ответов «да», если оно подходит для тебя, «нет» – если не подходит.

1. Я произвожу впечатление уравновешенного человека, а на самом деле испытываю страх.
2. Я не стремлюсь пробиться «наверх».
3. Я соглашаюсь, но предпочел бы отказаться.
4. Если я испытываю враждебность к кому-либо, то это невозможно никак заметить.
5. Я хочу, но не умею самоутверждаться.
6. Я стараюсь сделать все возможное, чтобы угодить окружающим.
7. Я уступчивый.
8. У меня «женское» поведение.
9. Из вспыльчивого я превратился в миролюбивого.
10. Чтобы быть признаваемым, не утрачивать свою популярность, мне приходится сдерживать себя.
11. Обо мне можно сказать, что я зрелый (взрослый) человек, но это не так.
12. Я скорее человек нерешительный, скромный.
13. Я страдаю от чувства неполноценности.
14. Я человек менее решительный, чем другие.
15. В какой-то момент мой характер резко изменился.
16. Я умею сдерживать и не выражать враждебные импульсы.
17. Я стремлюсь превзойти других хоть в чем-нибудь.
18. Я завистливый.
19. У меня слабое желание конкурировать с кем-либо.
20. Я «становлюсь» неинициативным, если надо соперничать с кем-то.
21. Я часто тревожусь.
22. Я не способен свободно выражать агрессию.
23. Если у меня возникает ярость, то я могу сохранить контроль над собой.
24. Я крайне приятен в общении.
25. Я человек вежливый.
26. Я много фантазирую, воображаю.
27. Я редко противоречу.
28. Виню себя за неспособность сказать «нет».
29. Бунт и протест не для меня.
30. Я не могу свободно выражать свое несогласие.
31. Я полностью контролирую свое эмоциональное состояние (связанные с ним действия).
32. Собственную недоброжелательность мне приходится постоянно у себя отслеживать и сдерживать.
33. Я никогда не проявляю гнева – ни физически, ни эмоционально, ни в речи.
34. Если я веду себя «агрессивно», то со мной невозможно (трудно) жить.

35. Так как я сам страдал от собственной агрессивности, то я предпочитаю никак не проявлять ее.

Бланк

Фамилия, имя			Пол: М Ж			Возраст: лет мес.			Образование			Дата заполнения			Диагноз: М. Г. Б. РА		
1 да нет			2 да нет			3 да нет			4 да нет			5 да нет					
6 да нет			7 да нет			8 да нет			9 да нет			10 да нет					
11 да нет			12 да нет			13 да нет			14 да нет			15 да нет					
16 да нет			17 да нет			18 да нет			19 да нет			20 да нет					
21 да нет	22 да нет	23 да нет	24 да нет	25 да нет	26 да нет	27 да нет	28 да нет	29 да нет	30 да нет	31 да нет	32 да нет	33 да нет	34 да нет	35 да нет			
Σ1-5-			Σ6-10-			Σ11-15-			Σ16-20-			Σ21-35-			ΣΣ1-35-		

Ключ

35 утверждений разделены на пять субшкал, отражающих различные психосоматические составляющие гипертонии.

- Враждебные конкурентные тенденции и при этом боязнь поражения – 1, 2, 3, 4, 5;
- Усилие стремления к зависимости – 6, 7, 8, 9, 10;
- Чувство неполноценности – 11, 12, 13, 14, 15;
- Реакция враждебного соперничества – 16, 17, 18, 19, 20;
- Тревога и сдерживание враждебных импульсов – 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35;
- Артериальная гипертония – сумма всех отмеченных утверждений.

Чем выше по каждой субшкале отмечено утверждений, чем вероятней поведение по гипертоническому типу.

НЕЗАКОНЧЕННЫЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ О БОЛЕЗНИ**Текст для ребенка**

Как выполнять задание: ниже помещены незаконченные предложения, касающиеся здоровья детей. Твоя задача дописать эти предложения.

Укажи свою фамилию и другие сведения о себе.

Фамилия, имя			Пол: М Ж			Возраст: лет мес.			Образование			Дата заполнения		
--------------	--	--	----------	--	--	-------------------	--	--	-------------	--	--	-----------------	--	--

- Хотелось бы, чтобы я...
- Когда я заболеваю, родители начинают...
- Родители чувствуют облегчение, если я...
- Когда я жалуюсь на боль в голове, родители...
- Родители раздражаются, когда я...
- Когда я притворяюсь больным, родители...
- Мое самочувствие зависит от...
- У родителей замирает сердце, когда я...
- Когда я болею, мой отец...
- Родители очень боятся, что я...
- Когда я заболеваю, родители...
- Родители чувствуют радость, когда я...
- Своими жалобами я вызываю у родителей...
- Родители чувствуют себя виноватыми, если я...

15. Когда я притворяюсь уставшим, родители...
16. Я болею, потому что...
17. Родителей «бросает в жар», когда я...
18. Когда я долго болею, вся наша семья...
19. Больше всего родителей во мне беспокоит...
20. Родители особенно переживают, когда у меня болит...
21. Родители чувствуют удовлетворение, если я...
22. Когда я жалуясь на боль в животе, родители...
23. Родители испытывают растерянность, когда я...
24. Я никогда не болел бы, если бы...
25. У родителей (наверное) сильно начинает колотиться сердце, если я...
26. Когда я заболела, в нашей семье мать...
27. Больше всего родители боятся, когда я...
28. Когда я болею, родителям трудно...
29. Когда я жалуясь на боль в горле, родители...
30. Наверное родителям бывает стыдно, когда я...
31. Если родителям кажется, что я притворяюсь больным, они...
32. Обычно я заболела из-за...
33. У родителей начинает болеть голова, когда я...
34. Родителям непонятно мое состояние, когда...
35. Мои болезни мешают родителям...
36. Чаще всего я жалуясь на боль в...
37. Я не заболел бы, если бы...
38. Иногда родители чувствуют, что им не хватает воздуха, когда я...

Текст для родителей

Как выполнять задание: ниже помещены незаконченные предложения, касающиеся здоровья детей. Ваша задача дописать эти предложения. Укажите свою фамилию и другие сведения о себе и ребенке.

Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет	Образование	Дата заполнения
Фамилия, имя ребенка		Кем приходиться ребенку?		

1. Хотелось бы, чтобы ребенок...
2. Когда ребенок заболевает, я начинаю...
3. Я чувствую облегчение, если ребенок...
4. Когда мой ребенок жалуется на боль в голове, я...
5. Я раздражаюсь, когда мой ребенок...
6. Когда мой ребенок притворяется больным, я...
7. Самочувствие моего ребенка зависит от...
8. У меня замирает сердце, когда ребенок...
9. Когда ребенок болеет, мой муж...
10. Я очень боюсь, что мой ребенок...
11. Когда мой ребенок заболевает, я...
12. Я чувствую радость, когда ребенок...
13. Своими жалобами ребенок вызывает во мне...
14. Я чувствую себя виноватой, если ребенок...
15. Когда ребенок притворяется уставшим, я...
16. Мой ребенок болеет, потому что...
17. Меня бросает в жар, когда ребенок...
18. Когда ребенок долго болеет, вся наша семья...

19. Больше всего меня в ребенке беспокоит...
20. Я особенно переживаю, когда у ребенка болит...
21. Я чувствую удовлетворение, если ребенок...
22. Когда ребенок жалуется на боль в животе, я...
23. Я испытываю растерянность, когда ребенок...
24. Мой ребенок никогда не болел бы, если бы...
25. У меня сильно начинает колотиться сердце, если ребенок...
26. Когда ребенок заболевает, в нашей семье...
27. Больше всего я боялась, когда мой ребенок...
28. Когда ребенок болеет, мне трудно...
29. Когда мой ребенок жалуется на боль в горле, я...
30. Мне бывает стыдно, когда мой ребенок...
31. Если мне кажется, что мой ребенок притворяется больным, я...
32. Обычно ребенок заболевает из-за...
33. У меня начинает болеть голова, когда мой ребенок...
34. Мне непонятны состояния моего ребенка, когда...
35. Болезни моего ребенка мешают мне...
36. Чаще всего ребенок жалуется на боль в...
37. Мой ребенок не заболел бы, если бы...
38. Иногда я чувствую, что мне не хватает воздуха, когда мой ребенок...

Ключ

Проводится качественный анализ и сравниваются ответы ребенка и родителя.

ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА ПОВЕДЕНИЯ (15-факторная личностная шкала)

Бланк

Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет мес.	№ школы	класс	Дата заполнения
--------------	----------	-------------------	---------	-------	-----------------

Текст

Как выполнять задание: В каждой строчке слева и справа от цифр помещены 16 пар определений, характеризующие людей. С помощью этих определений охарактеризуй себя. Обведи балл насколько определение подходит тебе, выражено у тебя. Шкала: «3» или «-3» очень выражено; «2» или «-2» среднее; «1» или «-1» слабо выражено. Постарайся, чтобы ответов «0» было как можно меньше. На каждой строчке можно подчеркнуть только одну цифру-балл.

1 А	Сердечный, добрый	3	2	1	0	-1	-2	-3	Обособленный, отчужденный
2 В	Умный	3	2	1	0	-1	-2	-3	Глупый
3 С	Эмоционально устойчивый	3	2	1	0	-1	-2	-3	Эмоционально неустойчивый
4 D	Беспокойный	3	2	1	0	-1	-2	-3	Уравновешенный
5 Е									

Настойчивый, напористый	3	2	1	0	-1	-2	-3	Покорный. зависимый
6 F								
Беспечный	3	2	1	0	-1	-2	-3	Озабоченный
7 G								
Совестливый	3	2	1	0	-1	-2	-3	Недобросовестный
8 H								
Смелый	3	2	1	0	-1	-2	-3	Робкий
9 I								
Мягкосердечный, нежный	3	2	1	0	-1	-2	-3	Суровый. жесткий
10 J								
Самостоятельный (индивидуальный)	3	2	1	0	1	2	3	Общественный (коллективный)
11 K								
Зависимый от культуры	3	2	1	0	1	2	3	Независимый от культуры
12 L								
Подозрительный	3	2	1	0	-1	-2	-3	Доверчивый
13 M								
Мечтательный	3	2	1	0	-1	-2	-3	Практичный, реалистичный
14 N								
Проницательный	3	2	1	0	-1	-2	-3	Наивный
15 O								
Боязливый, горестный	3	2	1	0	-1	-2	-3	Бесстрашный, жизнерадостный
16 MD								
Критическое отношение к себе	3	2	1	0	-1	-2	-3	Некритическое отношение к себе

Факт.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
1 A	ГПН	ГЛНК	ЛИНК	ИК	ЛПК	АСПЭП	АСППЭ
2 B	ЛСП	ГЛАСПНИК	ГЛАСНИК	ГАЭИК	АЭН	ЭН	П
3 C	ГП	ГП	ГПЭНК	СЭНК	ЛСЭК	ЛАСПИ	ПАЛИ
4 D	ГИН	ГЭИН	ЛАПЭ	ЛАПЭК	ЛСПК	СПК	СП
5 E	ГЭИ	ГПЭИП	ЛПШНК	ЛПШНК	ЛАПК	ЛС	ЛС
6 F	ГИН	ГЛИП	ЛК	ЛК	АЭК	АСПШЭ	АСПШЭ
7 G	СПЭ	ЛЭКСП	ЛАНК	ЛАПК	АП	ГИП	ГИН
8 H	ГИН	ГИП	ЛЭНК	ЛАЭНК	ЛАНЭК	АСНП	СП
9 I	ЛС	ЛСИ	ЛАСИК	ГАНИНК	ГАПНК	ПШЭН	ШЭ
10 J	АСПШЭ	АСПШЭ	ЛПЭ	ЛИ	ЛИК	ГЛИНК	ГНК
11 K	ЛСП	ЛСПК	ШПК	ЛПК	ЛЭИ	ГЭИП	ГЭИП
12 L	АПШЭИ	АСПШЭИ	ЛАСПШИНК	ГЛСПК	ГЛНК	Г	Г
13 M	ГП	ГЛСПИ	ЛСИ	ЛАСПНК	ЛПНК	ЛПЭПК	Э
14 N	ЛСИ	ЛСИ	ЛАСПНИК	АЛКИ	ЛПШЭК	ГЭП	ГЭП
15 O	АСП	ЛСАПШ	ЛПЭИК	ЛПЭИК	ЭИК	ГП	ГП
Факт.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3

Пт	Г	Л	А	С	П	Ш	Э	И	Н	К	Пт
МДЧ	7	13	8	7	8	6	6	9	8	12	
Σ-											

Ключ

«15-факторная личностная шкала» была разработана В.И. Гордеевым и Ю.С. Александровичем для самооценки детей, подростков, взрослых и для экспертной оценки детей и подростков, испытывающих трудности в заполнении теста Кеттелла (эти трудности связаны с разными причинами). Их методика в какой-то степени является синтезом 16-факторного теста Р. Кеттелла и метода семантического дифференциала Остуда. Авторы получили высокие корреляции данной шкалы с результатами оценки по тесту Кеттелла (0,87), «Патохарактерологического диагностического опросника» Личко (0,79), методике словесного характерологического портрета Эйдемиллера (0,82) $p < 0,05$. В оригинальном тесте каждый фактор имеет от 5 до 7 полярных профиля (прилагательных), которые оцениваются по цифровой шкале от +3 до -3. После заполнения теста обработка и интерпретация проводятся так же, как и для 16-факторного теста Кеттелла.

Мы предлагаем оценивать личностные особенности испытуемого только по одной базисной семантической паре в каждом факторе. Тем более что для анализа результатов по факторам авторы оставляли только медианные ответы испытуемого или референтного эксперта (родителя, учителя, врача – всех, кто достаточно хорошо знает испытуемого).

Нами используются те же 15 факторов первичного порядка, а названия и трактовки факторов собраны из разных форм теста Кеттелла и добавлен 16 фактор – лжи. Сохранена (механическая) трансформация результатов теста Кеттелла в психотипы из опросника Личко.

Создание такого вида тестирования вызвано необходимостью: а) отслеживать эффективность психотерапии, б) сокращения времени обследования, которое технологически вписывается в саму процедуру терапии (специально из нее не выделяясь), в) возможности оценивать изменение личностных особенностей до и после психотерапии, при целенаправленном воздействии на неадаптивные личностные поведенческие факторы. Возможно, есть и другие «скрытые» возможности для применения такой формы обследования.

Техническое названия ключа предназначены для специалистов, бытовые названия представляют собой описательные общедоступные определения. Биполярная форма устраняет неоднозначность в определении содержания фактора. В психологическом смысле полюса (высокие «+» и низкие «-») одинаково ценны и не несут в себе положительного или отрицательного смысла.

Названия 16 личностных факторов представлены в таблице (в разных изданиях на русском языке можно встретить некоторые расхождения в названиях факторов и в их трактовке, но все они могут только расширять интерпретационный язык психолога (а также любого пользователя методики)):

Факторы	Техническое название		Бытовое обозначение	
	-	+	-	+
1. А	шизотимия	аффекотимия	замкнутость	общительность
2. В	низкий интеллект	высокий интеллект	конкретное мышление	абстрактное мышление
3. С	слабое «я»	сильное «я»	эмоциональная нестабильность	эмоциональная стабильность
4. D	возбудимость	флегматичность	беспокойство	уравновешенность
5. E	покорность	доминантность	подчиненность	доминантность
6. F	дисургензия	сургензия	сдержанность	экспрессия
7. G	слабость «сверх-я»	сила «сверх-я»	низкая нормативность поведения	высокая нормативность поведения
8. H	трекция	пармия	робость	смелость

9. I	жесткость	чувствительность	суровость	мягкосердечность
10. J	харрея	премсия	реализм	чувствительность
11. K	культурная зависимость	непринятие культуры	воспитанность	бескультурность
12. L	алаксия	протензия	подозрительность	доверчивость
13. M	праксерния	аутия	практичность	мечтательность
14. N	натурал фортрид-нес	ревднес	прямолинейность (наивность)	проницательность (искусственность)
15. O	гипертимия	гипотимия	спокойствие	тревожность

Фактор MD является дополнительным к основным 15 (или 16) и выделен в личностной методике Кеттелла для форм С и D. Результаты по фактору характеризуют адекватность самооценки личности, ее определенную зрелость.

16. MD	правдивость – лживость	адекватная самооценка – неадекватная самооценка		
Знаки	-	+	-	+

Методика предъявляется испытуемому до и после занятия (исследования, сессии и т.п.). Сравниваются отмеченные результаты. Можно оценить количество: 1) процент (%) измененных и неизмененных факторов до и после психотерапии; 2) на сколько баллов произошло изменение по каждому фактору, например, если было +3 или +2, или +1 и осталось +3 или +2, или +1, то разница = 0; если было +3, стало +1, то разница = +2; было -2, стало +1, разница = -1 и т.д.

Ребенок (подросток) читает инструкцию, понимание которой проверяет, психолог (или проводящий исследование). В тестовом наборе есть мужская и женская формы. Слева и справа от цифр расположены прилагательные, с помощью которых обследуемый может охарактеризовать себя. Чем ближе к краю цифровой шкалы он сделает отметку, тем сильнее это качество выражено у него. Необходимо охарактеризовать себя объективно.

Результат по тесту Кеттелла интерпретируется так, как это обычно делается при анализе «полной» формы брошюрного (или компьютерного) варианта теста. В пособиях по тесту Кеттелла приводятся алгоритмы интерпретации факторов теста (опросника) Кеттелла. В данном варианте важнее интерпретация результатов до и после психотерапии, когда используются nano-психотехники.

В.И. Гордеев и Ю.С. Александрович разработали принцип (шаблон) трансформации результатов теста Кеттелла для определения акцентуации характера (психотипа) по опроснику Личко.

ШАБЛОН перевода каждого из 15 факторов Кеттелла (исходя из отмеченной балльной оценки) в психотипы по опроснику Личко:

Факторы	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
1.A	ГЛН	ГЛИНК	ЛИНК	НК	АНК	АСНЭН	АСНПЭ
2.B	ЛСН	ГЛАСНИК	ГЛАСНИК	ГАНЭИК	АЭН	ЭН	Н
3.C	ГН	ГН	ГПЭНК	СЭНК	ЛСНЭК	ЛАСНИ	ПАНИ
4.D	ГИН	ГЭИН	ДАНЭ	ДАНЭК	ЭСНК	СНК	СП
5.E	ГЭН	ГПЭИН	АПНИК	АПНИК	ЛАНК	ЛС	ЛС
6.F	ГИП	ЕЛИН	ЛК	ЛК	АЭК	АСНПЭ	АСНПЭ
7.G	СПЭ	ЛЭКСН	ЛАНК	ЛАНК	АН	ГИН	ГИН
8.H	ГИП	ГИП	ЛЭНК	ЛЭПНК	ЛАНЭК	АСПН	СП
9.I	ЛС	ЛСИ	ЛАСНК	ГАННИК	ГАННК	ГПНЭН	ПЭ
10.J	АСНПЭ	АСПНЭ	АПЭ	ЛИ	ЛИК	ГЛИНК	ГНК
11.K	ЛСН	ЛСНК	ПНК	АНК	АПЭИ	ГЭИН	ГЭИН
12.L	АНПЭИ	АСПНЭИ	ЛАСННИК	ГЛСНК	ГЛНК	Г	Г
13.M	ГН	ГЛПИ	ЛСН	ЛАСНИК	АННК	АНЭНК	Э

14.N	ЛСИ	ЛСИ	ЛАСНИК	ЛЛКИ	АШНЭК	ГЭН	ГЭН
15.О	АСП	ЛСАШН	ЛШЭИК	ЛНЭИК	ЭИК	ГН	ГН
Факторы	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3

Часть бланка для записи подсчета числа каждого диагностируемого психотипа с минимальным диагностическим числом (МДЧ).

Психотипы	Г	Л	А	С	П	Ш	Э	И	Н	К	Психотип -
МДЧ	7	13	8	7	8	6	6	9	8	12	
Σ-											

Разными авторами выделено значительное количество акцентуированных характерологических признаков. В данном варианте приводятся названия и буквенные обозначения следующих акцентуаций характера, соответствующих типологии личности по А.Е. Личко:

Г – гипертимный	Ш – шизоидный
Л – лабильный	Э – эпилептоидный
А – астено-невротический	И – истероидный
С – сенситивный	Н – неустойчивый
П – психастеничный	К – конформный

Подробная трактовка каждого акцентуированного психотипа приводится в литературе (см. начало текста ключа).

ОПРОСНИК ДЛЯ ОЦЕНКИ ВНУТРИСЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ, ПОВЫШАЮЩИХ РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ АСТМАТИЧЕСКОГО ДЫХАНИЯ

Текст для родителей

Как выполнять задание: ниже перечислены поведенческие стереотипы, которые используются родителями при общении с детьми. Прочтите каждое предложение и в бланке для ответов перечеркните «да», если этот стереотип поведения используется вами, перечеркните «нет» – если не используется.

1. Ребенок воспринимает меня или мой образ, как защиту-заботу в социальной жизни семьи.
2. Если я реагирую невниманием к ребенку, то у него возникает состояние незащитности и усиливается чувство привязанности ко мне.
3. Я, пожалуй, раньше времени делаю ребенка независимым, что приводит к обратному.
4. Я не в полной мере обеспечиваю ребенку чувство безопасности, что повышает у него беспокойство и тревогу.
5. На стресс в семье я реагирую повышением комфорта и заботы.
6. У нас происходит более раннее вовлечение ребенка в общую взрослую семейную жизнь.
7. Члены семьи выказывают (высказывают) слишком большую заботу друг о друге.
8. В нашей семье не всегда могут приспособиться к происходящим изменениям у ее членов.
9. Наши отношения в семье как бы зафиксированы, и, даже если обстоятельства требуют изменений, они не меняются.

10. Мы в семье в целом оцениваем себя как «здоровую» семью.
11. В нашей семье не умеют разрешать конфликты, т.е. не умеют их обходить, улаживать, избегают обсуждения разногласий, не замечают различий.
12. Члены семьи никогда или очень редко ссорятся.
13. Другие могут сказать (заметить), наблюдая за жизнью нашей семьи, что она представляется им напряженной, хаотичной, неудобной.
14. Наверное, нас как родителей объединяет ребенок, он как бы находится между нами.
15. В нашей семье ребенок объединен с одним из родителей против другого.
16. Я и/или муж концентрируемся на ребенке как на единственной проблеме.
17. Я замечаю, что мы можем использовать ребенка для установления (восстановления) близости между нами как родителями.
18. Я замечал(а), что если ребенок находится вне семьи, то проблемы со здоровьем у него прекращаются (приступов у него не бывает).

Бланк для родителей

Фамилия, имя родителя	Пол: М Ж	Возраст	Образование	Кем приходиться ребенку?
Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет мес.	Образование	Дата заполнения

1 да нет	2 да нет	3 да нет	4 да нет	5 да нет	6 да нет	I =	II =
7 да нет	8 да нет	9 да нет	10 да нет	11 да нет	12 да нет	III =	IV =
13 да нет	14 да нет	15 да нет	16 да нет	17 да нет	18 да нет	Σс =	% =

Текст для детей

Как выполнять задание: ниже приведены примеры поведения, которые используются родителями и детьми при общении в семье. Прочти каждое предложение и в бланке для ответов перечеркни «да», если этот пример поведения используется тобой или ты наблюдаешь его в своей семье, или перечеркни «нет» – если не используется (не наблюдаешь).

1. Я воспринимаю маму (и представление о ней), как защиту-заботу в жизни семьи.
2. Если мама реагирует невниманием ко мне, то у меня возникает состояние незащитности и усиливается чувство привязанности к ней.
3. Меня, пожалуй, раньше времени делают независимым, а это приводит к обратному.
4. Мама не в полной мере обеспечивает мне чувство безопасности, что приводит к беспокойству и тревоге.
5. На стресс (конфликт) в семье мама реагирует повышением комфорта и заботы.
6. Я был рано «вовлечен» в общую взрослую семейную жизнь.
7. Я замечаю, что члены нашей семьи выказывают (высказывают) слишком большую заботу друг о друге.
8. В нашей семье не всегда могут приспособиться к происходящим изменениям у ее членов.
9. Наши отношения в семье как бы зафиксированы, и, даже если обстоятельства требуют изменений, они не меняются.
10. Я в целом оцениваю нашу семью как «здоровую».

11. В нашей семье не умеют разрешать конфликты, т.е. не умеют их обходить, улаживать, избегают обсуждения разногласий, не замечают различий.
12. Члены семьи никогда или очень редко ссорятся.
13. Другие могут сказать (заметить), наблюдая за жизнью нашей семьи, что она представляется им напряженной, хаотичной, неудобной.
14. Я как бы объединяю родителей, я как бы нахожусь между ними.
15. В нашей семье я по существу объединен с одним из родителей против другого.
16. На мне концентрируются как на единственной проблеме.
17. Я замечаю, что родители используют меня для установления (восстановления) близости между собой.
18. Я замечал, что если я нахожусь вне семьи, то проблемы со здоровьем у меня прекращаются (приступов не бывает).

Бланк для детей

Фамилия, имя		Пол: М Ж		Возраст: лет мес.		Образование	Дата заполнения
1 да нет	2 да нет	3 да нет	4 да нет	5 да нет	6 да нет	I -	II -
7 да нет	8 да нет	9 да нет	10 да нет	11 да нет	12 да нет	III -	IV -
13 да нет	14 да нет	15 да нет	16 да нет	17 да нет	18 да нет	Σс -	% -

Ключ

Опросник используется для оценки внутрисемейных отношений, повышающих риск возникновения астматического типа дыхания. 18 пунктов опросника касаются четырех способов взаимоотношений в семье:

с 1 по 5 – чувство незащитности;

с 6 по 13 – «стабильность»;

с 14 по 17 – ребенок как способ примирения взрослых;

18 – влияние на возникновение приступов вне семьи (родитель-эктомия).

Опросник заполняют все члены семьи, иногда только ребенок и мать. Подсчитывается количество баллов по каждому способу взаимоотношений и суммарный результат, который можно представить в процентах. Сравниваются и обсуждаются пункты, отмеченные ребенком и родителями.

Литература: Бронхиальная астма. Принципы диагностики и лечения / Под ред. М.Э. Гершвина, М., 1984, 289 с.

ОЦЕНКА ГОЛОСА

Бланк

Фамилия, имя		Пол: М Ж		Возраст: лет мес.		Образование	Дата заполнения
--------------	--	----------	--	-------------------	--	-------------	-----------------

Текст

Как выполнять задание: ниже перечислены пары слов, с помощью которых можно охарактеризовать голоса (речь) людей. Между словами расположены цифры – отметь (перечеркни) ту цифру, которая лучше всего характеризует твой собственный голос, голоса твоих родителей. Оценочная шкала: 3 – очень,

2 – средне, 1 – слабо выражено; 0 – затруднительно определить (старайся, чтобы нулей было как можно меньше). В графу «Голос ...» впиши голос того, кто тебя раздражает и может спровоцировать приступ астмы.

Голос матери				Голос отца			
тихий	3 2 1 0 1 2 3	шумный	1	тихий	3 2 1 0 1 2 3	шумный	
нежный	3 2 1 0 1 2 3	грубый	2	нежный	3 2 1 0 1 2 3	грубый	
уступчивый	3 2 1 0 1 2 3	настойчивый	3	уступчивый	3 2 1 0 1 2 3	настойчивый	
неслышный	3 2 1 0 1 2 3	оглушающий	4	неслышный	3 2 1 0 1 2 3	оглушающий	
ласковый	3 2 1 0 1 2 3	строгий	5	ласковый	3 2 1 0 1 2 3	строгий	
покладистый	3 2 1 0 1 2 3	требовательный	6	покладистый	3 2 1 0 1 2 3	требовательный	
нешумный	3 2 1 0 1 2 3	зычный	7	нешумный	3 2 1 0 1 2 3	зычный	
приветливый	3 2 1 0 1 2 3	нелюбезный	8	приветливый	3 2 1 0 1 2 3	нелюбезный	
сговорчивый	3 2 1 0 1 2 3	решительный	9	сговорчивый	3 2 1 0 1 2 3	решительный	
приглушенный	3 2 1 0 1 2 3	гулкий	10	приглушенный	3 2 1 0 1 2 3	гулкий	
спокойный	3 2 1 0 1 2 3	возбужденный	11	спокойный	3 2 1 0 1 2 3	возбужденный	
поощряющий	3 2 1 0 1 2 3	наказывающий	12	поощряющий	3 2 1 0 1 2 3	наказывающий	
беззвучный	3 2 1 0 1 2 3	грохочущий	13	беззвучный	3 2 1 0 1 2 3	грохочущий	
сердечный	3 2 1 0 1 2 3	жестокый	14	сердечный	3 2 1 0 1 2 3	жестокый	
покорный	3 2 1 0 1 2 3	карающий	15	покорный	3 2 1 0 1 2 3	карающий	
глухой	3 2 1 0 1 2 3	громкий	16	глухой	3 2 1 0 1 2 3	громкий	
утешающий	3 2 1 0 1 2 3	не щадящий	17	утешающий	3 2 1 0 1 2 3	не щадящий	
смиранный	3 2 1 0 1 2 3	приказывающий	18	смиранный	3 2 1 0 1 2 3	приказывающий	
безгласный	3 2 1 0 1 2 3	резкий	19	безгласный	3 2 1 0 1 2 3	резкий	
мирный	3 2 1 0 1 2 3	бранящий	20	мирный	3 2 1 0 1 2 3	бранящий	
соглашающийся	3 2 1 0 1 2 3	пробивной	21	соглашающийся	3 2 1 0 1 2 3	пробивной	

с=	Ср.	э=	Ср.	д=	Ср.		с=	Ср.	э=	Ср.	д=	Ср.
----	-----	----	-----	----	-----	--	----	-----	----	-----	----	-----

Твой собственный голос				Голос ...			
тихий	3 2 1 0 1 2 3	шумный	1	тихий	3 2 1 0 1 2 3	шумный	
нежный	3 2 1 0 1 2 3	грубый	2	нежный	3 2 1 0 1 2 3	грубый	
уступчивый	3 2 1 0 1 2 3	настойчивый	3	уступчивый	3 2 1 0 1 2 3	настойчивый	
неслышный	3 2 1 0 1 2 3	оглушающий	4	неслышный	3 2 1 0 1 2 3	оглушающий	
ласковый	3 2 1 0 1 2 3	строгий	5	ласковый	3 2 1 0 1 2 3	строгий	
покладистый	3 2 1 0 1 2 3	требовательный	6	покладистый	3 2 1 0 1 2 3	требовательный	
нешумный	3 2 1 0 1 2 3	зычный	7	нешумный	3 2 1 0 1 2 3	зычный	
приветливый	3 2 1 0 1 2 3	нелюбезный	8	приветливый	3 2 1 0 1 2 3	нелюбезный	
сговорчивый	3 2 1 0 1 2 3	решительный	9	сговорчивый	3 2 1 0 1 2 3	решительный	
приглушенный	3 2 1 0 1 2 3	гулкий	10	приглушенный	3 2 1 0 1 2 3	гулкий	
спокойный	3 2 1 0 1 2 3	возбужденный	11	спокойный	3 2 1 0 1 2 3	возбужденный	
поощряющий	3 2 1 0 1 2 3	наказывающий	12	поощряющий	3 2 1 0 1 2 3	наказывающий	
беззвучный	3 2 1 0 1 2 3	грохочущий	13	беззвучный	3 2 1 0 1 2 3	грохочущий	
сердечный	3 2 1 0 1 2 3	жестокый	14	сердечный	3 2 1 0 1 2 3	жестокый	
покорный	3 2 1 0 1 2 3	карающий	15	покорный	3 2 1 0 1 2 3	карающий	
глухой	3 2 1 0 1 2 3	громкий	16	глухой	3 2 1 0 1 2 3	громкий	
утешающий	3 2 1 0 1 2 3	не щадящий	17	утешающий	3 2 1 0 1 2 3	не щадящий	
смиранный	3 2 1 0 1 2 3	приказывающий	18	смиранный	3 2 1 0 1 2 3	приказывающий	
безгласный	3 2 1 0 1 2 3	резкий	19	безгласный	3 2 1 0 1 2 3	резкий	
мирный	3 2 1 0 1 2 3	бранящий	20	мирный	3 2 1 0 1 2 3	бранящий	
соглашающийся	3 2 1 0 1 2 3	пробивной	21	соглашающийся	3 2 1 0 1 2 3	пробивной	

с=	ср.	э=	ср.	д=	ср.		с=	ср.	э=	ср.	д=	ср.
----	-----	----	-----	----	-----	--	----	-----	----	-----	----	-----

Ключ

Для оценки влияния голосовых характеристик использовался биполярный семантический опросник, позволяющий в баллах оценивать три показателя речи (голоса): 1) силу звука голоса (С) слабый – сильный, 2) эмоциональную окраску голоса (Э) положительные эмоции – отрицательные эмоции, 3) дисциплинирующее звучание голоса (Д) неисполнительность – дисциплина. В каждый показатель входит по 7 биполярных прилагательных.

При подсчете баллов оценочная шкала 3 2 1 0 1 2 3 перекодируется в количественную 7 6 5 4 3 2 1. Для подсчета результата по каждому показателю на заполненный бланк накладывается планшета (ключ) с прорезями.

Бланк

Показатели	Оценочная шкала	Показатели	Коды
тихий	3 2 1 0 1 2 3	шумный	с
нежный	3 2 1 0 1 2 3	грубый	э
уступчивый	3 2 1 0 1 2 3	настойчивый	д
неслышный	3 2 1 0 1 2 3	оглушающий	с
ласковый	3 2 1 0 1 2 3	строгий	э
покладистый	3 2 1 0 1 2 3	требовательный	д
нешумный	3 2 1 0 1 2 3	зычный	с
приветливый	3 2 1 0 1 2 3	нелюбезный	э
сговорчивый	3 2 1 0 1 2 3	решительный	д
приглушенный	3 2 1 0 1 2 3	гулкий	с
спокойный	3 2 1 0 1 2 3	возбужденный	э
поощряющий	3 2 1 0 1 2 3	наказывающий	д
беззвучный	3 2 1 0 1 2 3	грохочущий	с
сердечный	3 2 1 0 1 2 3	жестокый	э
покорный	3 2 1 0 1 2 3	карающий	д
глухой	3 2 1 0 1 2 3	громкий	с
утешающий	3 2 1 0 1 2 3	не щадящий	э
смирный	3 2 1 0 1 2 3	приказывающий	д
безгласный	3 2 1 0 1 2 3	резкий	с
мирный	3 2 1 0 1 2 3	бранящий	э
соглашающийся	3 2 1 0 1 2 3	пробивной	д

Ср.с=	Ср.э=	Ср.д=
-------	-------	-------

Для получения среднего значения по каждому показателю сумма делится на 7 (по количеству признаков в каждом показателе). Средние результаты 1) сила звука голоса (С) – слабый (высокий результат) – сильный (низкий результат), 2) эмоциональная окраска голоса (Э) – положительные эмоции (высокий результат) – отрицательные эмоции (низкий результат), 3) дисциплинирующее звучание голоса (Д) – необязательность исполнения (высокий результат) – дисциплина (низкий результат). Высокие результаты: 5–7 баллов, низкие результаты: 1–3.

ШКАЛА ОЦЕНКИ БИПОЛЯРНЫХ СОСТОЯНИЙ

Бланк

Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет мес.	Образование	Дата заполнения
--------------	----------	-------------------	-------------	-----------------

Текст

Как выполнять задание: слева помещены десять ситуаций, в которых у тебя могут возникать нарушения дыхания – вдоха и выдоха. Справа расположены четыре шкалы ощущений. В каждой из девяти ситуаций подчеркни по одному слову в шкалах ощущений. В пункт 10 впиши свою травмирующую ситуацию и оцени ее с помощью шкал ощущений.

Ситуации	Шкалы ощущений
1. Когда у меня простудное заболевание:	
страшащийся → боязливый → трусливый → переживаний нет ← расслабленный ← спокойный ← беззаботный	
моментально замечаю запах → в скором времени замечаю запах → быстро замечаю запах → запах не замечается, нормально ← иногда замечаю запах ← ощущаю запах, когда его «много» ← очень долго не замечаю запаха	
воздух кажется переохлажденным → кажется холодным → прохладным → t° воздуха не замечается ← кажется теплым ← кажется горячим ← раскаленным	
чувство, что воздуха не хватает → воздуха мало → воздуха недостаточно → на дыхание не обращается внимания ← воздуха достаточно ← воздуха много ← кажется, что воздуха очень много	
2. Когда у меня аллергическое состояние:	
страшащийся → боязливый → трусливый → переживаний нет ← расслабленный ← спокойный ← беззаботный	
моментально замечаю запах → в скором времени замечаю запах → быстро замечаю запах → запах не замечается, нормально ← иногда замечаю запах ← ощущаю запах, когда его «много» ← очень долго не замечаю запаха	
воздух кажется переохлажденным → кажется холодным → прохладным → t° воздуха не замечается ← кажется теплым ← кажется горячим ← раскаленным	
чувство, что воздуха не хватает → воздуха мало → воздуха недостаточно → на дыхание не обращается внимания ← воздуха достаточно ← воздуха много ← кажется, что воздуха очень много	
3. Когда я здоров:	
страшащийся → боязливый → трусливый → переживаний нет ← расслабленный ← спокойный ← беззаботный	
моментально замечаю запах → в скором времени замечаю запах → быстро замечаю запах → запах не замечается, нормально ← иногда замечаю запах ← ощущаю запах, когда его «много» ← очень долго не замечаю запаха	
воздух кажется переохлажденным → кажется холодным → прохладным → t° воздуха не замечается ← кажется теплым ← кажется горячим ← раскаленным	
чувство, что воздуха не хватает → воздуха мало → воздуха недостаточно → на дыхание не обращается внимания ← воздуха достаточно ← воздуха много ← кажется, что воздуха очень много	
4. Когда я испытываю волнение, беспокойство тревогу:	
страшащийся → боязливый → трусливый → переживаний нет ← расслабленный ← спокойный ← беззаботный	

<p>момента́льно замечаю запах → в скором времени замечаю запах → быстро замечаю запах → запах не замечается, нормально ← иногда замечаю запах ← ощущаю запах, когда его «много» ← очень долго не замечаю запаха</p> <p>воздух кажется переохлажденным → кажется холодным → прохладным → t° воздуха не замечается ← кажется теплым ← кажется горячим ← раскаленным</p> <p>чувство, что воздуха не хватает → воздуха мало → воздуха недостаточно → на дыхание не обращается внимания ← воздуха достаточно ← воздуха много ← кажется, что воздуха очень много</p>
<p>5. Когда спокоен (спокойна):</p> <p>страша́щийся → боязливый → трусливый → переживаний нет ← расслабленный ← спокойный ← беззаботный</p> <p>момента́льно замечаю запах → в скором времени замечаю запах → быстро замечаю запах → запах не замечается, нормально ← иногда замечаю запах ← ощущаю запах, когда его «много» ← очень долго не замечаю запаха</p> <p>воздух кажется переохлажденным → кажется холодным → прохладным → t° воздуха не замечается ← кажется теплым ← кажется горячим ← раскаленным</p> <p>чувство, что воздуха не хватает → воздуха мало → воздуха недостаточно → на дыхание не обращается внимания ← воздуха достаточно ← воздуха много ← кажется, что воздуха очень много</p>
<p>6. На уроках предмета, который я плохо понимаю и знаю:</p> <p>страша́щийся → боязливый → трусливый → переживаний нет ← расслабленный ← спокойный ← беззаботный</p> <p>момента́льно замечаю запах → в скором времени замечаю запах → быстро замечаю запах → запах не замечается, нормально ← иногда замечаю запах ← ощущаю запах, когда его «много» ← очень долго не замечаю запаха</p> <p>воздух кажется переохлажденным → кажется холодным → прохладным → t° воздуха не замечается ← кажется теплым ← кажется горячим ← раскаленным</p> <p>чувство, что воздуха не хватает → воздуха мало → воздуха недостаточно → на дыхание не обращается внимания ← воздуха достаточно ← воздуха много ← кажется, что воздуха очень много</p>
<p>7. На уроках предмета, который я хорошо понимаю и знаю:</p> <p>страша́щийся → боязливый → трусливый → переживаний нет ← расслабленный ← спокойный ← беззаботный</p> <p>момента́льно замечаю запах → в скором времени замечаю запах → быстро замечаю запах → запах не замечается, нормально ← иногда замечаю запах ← ощущаю запах, когда его «много» ← очень долго не замечаю запаха</p> <p>воздух кажется переохлажденным → кажется холодным → прохладным → t° воздуха не замечается ← кажется теплым ← кажется горячим ← раскаленным</p> <p>чувство, что воздуха не хватает → воздуха мало → воздуха недостаточно → на дыхание не обращается внимания ← воздуха достаточно ← воздуха много ← кажется, что воздуха очень много</p>
<p>8. Взаимоотношения с родителями – матерью (отцом):</p> <p>страша́щийся → боязливый → трусливый → переживаний нет ← расслабленный ← спокойный ← беззаботный</p> <p>момента́льно замечаю запах → в скором времени замечаю запах → быстро замечаю запах → запах не замечается, нормально ← иногда замечаю запах ← ощущаю запах, когда его «много» ← очень долго не замечаю запаха</p> <p>воздух кажется переохлажденным → кажется холодным → прохладным → t° воздуха не замечается ← кажется теплым ← кажется горячим ← раскаленным</p>

чувство, что воздуха не хватает → воздуха мало → воздуха недостаточно → на дыхание не обращается внимания ← воздуха достаточно ← воздуха много ← кажется, что воздуха очень много
9. Первые секунды (минуты) перед астматическим приступом (недолго до приступа): страшайший → боязливый → трусливый → переживаний нет ← расслабленный ← спокойный ← беззаботный
моментально замечаю запах → в скором времени замечаю запах → быстро замечаю запах → запах не замечается, нормально ← иногда замечаю запах ← ощущаю запах, когда его «много» ← очень долго не замечаю запаха
воздух кажется переохлажденным → кажется холодным → прохладным → t° воздуха не замечается ← кажется теплым ← кажется горячим ← раскаленным
чувство, что воздуха не хватает → воздуха мало → воздуха недостаточно → на дыхание не обращается внимания ← воздуха достаточно ← воздуха много ← кажется, что воздуха очень много
10. Впиши свое травматическое событие и оцени его: страшайший → боязливый → трусливый → переживаний нет ← расслабленный ← спокойный ← беззаботный
моментально замечаю запах → в скором времени замечаю запах → быстро замечаю запах → запах не замечается, нормально ← иногда замечаю запах ← ощущаю запах, когда его «много» ← очень долго не замечаю запаха
воздух кажется переохлажденным → кажется холодным → прохладным → t° воздуха не замечается ← кажется теплым ← кажется горячим ← раскаленным
чувство, что воздуха не хватает → воздуха мало → воздуха недостаточно → на дыхание не обращается внимания ← воздуха достаточно ← воздуха много ← кажется, что воздуха очень много

Ключ

Биполярные состояния оцениваются с помощью четырех вербальных шкал психофизиологических ощущений, специфичных для больных с затруднениями дыхания. Вербальные шкалы ощущений:

1. страх – беззаботность
2. ощущение запаха – отсутствие такого ощущения
3. ощущение температуры воздуха – от холодного – до горячего
4. ощущение нехватки воздуха – избыток воздуха

Проводится сравнительная оценка полярных ощущений в различных ситуациях для психотерапевтической работы.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

В нашей стране медицинская психология никогда не находила широкого практического применения. Специалистов, работающих на стыке клинической медицины и психологии поведения, было недостаточно. Однако в последние годы значение этой специальности начинает все больше и больше возрастать. Это объясняется тем, что в переходном периоде возрастает социальное, информационно-психологическое напряжение, не прекращается межнациональное противостояние, перерастающее в военные столкновения, возрастает угроза террористических актов, от которых страдает мирное население. Медицина сталкивается с тем, что чаще и чаще требуется психотерапевтическая помощь не только взрослым, но и детям.

В настоящее время в нашей стране появилась возможность не только познакомиться, но и овладеть зарубежными психологическими технологиями различных направлений: психоанализом, гештальт-терапией, психодрамой, трансперсональной психотерапией, арт-терапией, телесно-ориентированной терапией, психосинтезом, семейной психотерапией, транзактным анализом и др.

Одна из таких психотерапевтических технологий, которая пока известна только специалистам – нейролингвистическое программирование, или сокращенно НЛП.

НЛП сейчас самая популярная психотерапевтическая технология, так как сфера ее использования чрезвычайно широка – от психотерапии до управления. Обычно люди, не знающие ее сущности и возможностей, черпают информацию о ней из периодической печати, где некомпетентные журналисты пишут, что «НЛП – это орудие избранных и им всерьез увлекаются специалисты МВД, ГРУ» (Главное разведывательное управление); что оно рассчитано на поражение массового сознания, зомбирование и т. п. Предполагается якобы, что в его основе лежит метод составления текстов, при котором выбор и порядок слов, длина и интонация предложений, а также другие лингвистические особенности их построения оказывают определенное влияние на человека,

иначе говоря, «НЛП позволяет эффективно управлять человеческим сознанием даже на расстоянии посредством печатной литературы», – это выдержка из статьи одной из ежедневных газет, выходящей большим тиражом.

Постараемся разобраться в этом вопросе. Что же такое НЛП? Как оно создавалось?

Нейролингвистическое программирование было разработано в США в середине 70-х годов. Создатели новой психотерапевтической технологии Ричард Бэндлер – математик и психотерапевт, и Джон Гриндер – лингвист. Толчком для создания НЛП послужил вопрос: почему среди множества психотерапевтов различных направлений имеются свои «волшебники», у которых все получается и наблюдается очень высокий процент эффективных результатов лечения по сравнению с другими психотерапевтами.

Именно на них обратили внимание двое любознательных вышеназванных специалистов и постарались детально и скрупулезно изучить их работу, снимая на видеопленку их сеансы психотерапии. Среди знаменитых были Фриц Перлз – один из основателей гештальт-терапии, врач-гипнотерапевт Милтон Эриксон, семейный терапевт Вирджиния Сатир и др. Интересно, что сами знаменитые психотерапевты толком не могли объяснить, почему они достигли поразительных успехов в лечении больных.

Присутствие на сеансах и особенно неоднократный просмотр записанных на видео этих сеансов позволили Р. Бэндлеру и Д. Гриндеру прийти к единодушному заключению, что феноменальные способности этих профессионалов складываются из реально объяснимых и поддающихся изучению структур работы успешных психотерапевтов. Они обладали способностью интуитивно улавливать внутренний мир больного (человека) и обращаться непосредственно к нему. Психотерапевт «настраивается» на индивидуальную личность больного, его внутренний событийный мир, точнее – на то отражение внешнего мира, в соответствии с которым живёт больной, и прокладывает подходящие пути к нему. Другими словами, психотерапевты интуитивно находили правильное обращение к мозгу пациента независимо от своей психотерапевтической школы. Они, сами того не подозревая, придерживались одинаковой стратегии профессионального поведения по отношению к другим людям.

Мозг, психика регулируют все процессы жизнедеятельности организма. Они включают как внутренние автоматизированные процессы – кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения и др., так и внешние осознаваемые процессы поведения. Мозг в каждой меняющейся конкретной ситуации выбирает наилучший вариант реагирования из тех, что ему доступны в данный момент.

Человек получает информацию из окружающего мира, используя пять сенсорных органов чувств, в форме зрительных, слуховых, тактильных, обонятельных и вкусовых образов реальности. Этим пяти органам чувств соответствуют центры обработки информации и хранения ее в памяти.

Любой зрительный образ имеет множество характеристик (субмодальностей): яркость, объемность, удаленность, четкость, цветность и др. Их сочетание дает бесконечно большое число вариантов запечатления реального события. Каждая из зафиксированных характеристик или все целиком конкретное событие в жизни человека может быть использовано в дальнейшем мозгом, психикой для дальнейшей смысловой оценки и интерпретации.

Нервная система реагирует прежде всего на нервные раздражители, такие как образы и цвета, речь и звуки, телесные физические ощущения, вкус, запах. Поведенческие и психофизиологические реакции вызывают не только «раздражители» из внешнего мира, но и внутренние процессы, случившиеся когда-то реально и конструируемые (воображаемые), т.е. мысленные и образные представления.

Р. Бэндлер сравнивал мозг с компьютеризированным автобусом. Его владельцу остается лишь решить, сидеть ли сзади, продолжая удивляться тому, куда это его занесло, или пересесть за руль, и самостоятельно выбирать направление. В данной метафоре руль – это язык (устная и письменная речь, мысли). Язык состоит из слов, слова же могут выступать в роли «застрельщика» перемен. Эти взаимосвязи запечатлены в названии НЛП.

НЛП – это психотерапевтический метод, направленный на то, чтобы положительно влиять на внутренние процессы (зрительные и звуковые образы и мысли) и трансформировать (переключать) нейронные связи в мозге (нейросети).

«Нейро» означает, что всякое действие человека и всякое состояние организма организуется через нервную нейронную сеть, а также это способ организации нашего опыта благодаря взаимосвязанным между собой сенсорным каналам. При этом подразумеваются такие связи между нейронами (клетками мозга), которые по мере приобретения нового опыта, с каждым шагом в развитии личности постоянно обновляются и заменяются.

«Лингвистическое» указывает на тот факт, что у нас может поддерживаться связь в нейронных разветвлениях с помощью языка – в словах (мыслях).

«Программирование» означает возможность с помощью языка появляться мыслям, которые ослабляют нейронные связи и блокируют

«программы» неадаптивного стереотипа поведения. И это уже осуществляется на нейромедиаторном (биохимическом) уровне деятельности мозга. Слова и мысли пробуждают не востребуемые источники силы, пераскрытые возможности, способности человека, уже имеющиеся в опыте – ресурсы, тем самым оказывая положительное здоровое влияние на организм и психику.

Таким образом, НЛП – это мета модель, набор признаков, позволяющих определить способ, которым человек собирает, обобщает, забывает и обновляет информацию.

С помощью этого метода можно обращаться непосредственно к нервной системе (а не словесному содержанию) и через направленные, точные, конкретные для этого человека изменения «разговаривать» с мозгом на его собственном, индивидуальном для каждого больного субмодальном языке. С помощью НЛП можно вновь приобрести веру в свои силы, улучшить отношения с окружающими, создать положительную мотивацию, эффективно разрешать межличностные затруднения, НЛП применимо в обучении, повышении творческой и деловой активности.

НЛП – это настоящий переворот в клинической психологии, так как, по словам одного из авторов метода: «НЛП – это образовательный процесс. По сути, мы разрабатываем способы обучать людей пользоваться их собственными мозгами».

НЛП позволяет взглянуть по-новому на многие вещи в оказании помощи человеку. И очень важно, что оно дает возможность использовать прежние и постоянно создавать новые психотерапевтические «инструменты» для желательных изменений, быстро и эффективно.

Психотерапия в первую очередь должна быть направлена на:

- а) переделывание зафиксированной в искаженном виде картины события в ее реальную звуковую-зрительную-кинестетическую-обонятельную-вкусовую форму;
- б) и\или устранения искаженно зафиксированной картины посттравматического события.

И то, и другое делает успешными любые психотерапевтические, социальные, медицинские мероприятия.

То есть устранение искаженно зафиксированного образа, а вместе с ним – отрицательного самоопределения по отношению к травматическому событию способствует позитивному нейрофизиологическому, информационному доступу к событию для его утилизации, принятия и использования в качестве пережитого опыта.

В эту переработку в дальнейшем включается новая ассоциативная дополнительная информация, связанная с посттравматическим событием.

Если переживание вспоминается с гневом, слезами, то это значит, что переживающий воспроизводит самое центральное «болевое» место события.

Это искаженное запоминание формирует диссоциативное личностное «Я», нейросеть, которая не соединена со всей личностью. И это диссоциативное состояние, запечатленное как обособленная часть, должно быть возвращено в общее биографическое пользование.

До тех пор пока процесс образной переработки не завершен полностью, высказывания человека по поводу травматического события не будут вполне функциональными объективно-реальными, т.е. фактически такими, каким событие было на самом деле.

Любая попытка психотерапевта осуществить вербально-смысловое вмешательство приводит к приостановке переработки травматического содержания информации.

Принципы, используемые в информатике (программировании), применимые в психотерапии

1) Обеспечить невозможность копирования информации из (в) памяти – это значит достичь того, чтобы при воспроизведении события параметры (субмодальности) копии существенно изменились по сравнению с травматическим оригиналом, – добиться биохимической перезаписи на тех же гормонах стресса, но на нормальном уровне, или на других «положительных» гормонах.

2) Надежность системы защиты информации равна надежности ее слабейшего звена, – это звено есть искаженно зафиксированное изображение, запомненное как травматическое событие, после отрицательного самоопределения.

3) Обеспечить не копируемость информации с вспоминаемого события (1) – это значит добиться, чтобы при воспоминании повторная копия (2) и ее параметры (субмодальности) существенно изменились по сравнению с оригиналом (1).

Одно из достоинств НЛП заключается в том, что все, что делает один психотерапевт, может повторить любой другой. Это становится возможным из-за технологичности модели НЛП.

Принципиальной разницы функционирования нейросети у взрослых и детей (подростков) нет, существенные различия заключаются лишь в объеме опыта и в его интерпретации.

Для деловых людей, научных сотрудников – НЛП позволяет отказаться от шаблонного мышления, от оценочного предубежденного отношения к фактам, от застывших убеждений, от накопленных точек зрения и т.п. НЛП позволяет быть динамичными, творческими, адекватными тем обстоятельствам, которые происходят в данный момент.

Это так же важно и в отношениях между родителями и детьми, когда родители перестают замечать негативные реакции детей на их так называемое воспитание.

Образование – эта та область, где применение НЛП крайне необходимо. НЛП предлагает синтез успешных стратегий обучения, основанных на выявлении и доразвитии сенсорных систем, участвующих в усвоении школьного материала, с учетом возраста учащегося (класса).

Имеется опыт, что метод эффективен в лечении функциональных психосоматических заболеваний – аллергических, головных болей напряжения, длительного субфебрилитета неинфекционного происхождения и других, а также – для подготовки детей (взрослых) к операции и в послеоперационный период, при травмах и увечьях, сложных видах медицинского обследования.

НЛП – это эффективная психотерапия для решения проблем и трудностей во взаимоотношениях на любых стадиях семейной жизни. НЛП полезно для создания перспективно новых форм поведения, когда можно вести себя так, как хотелось бы.

Известно, что Церковь внимательно следит за успехами в области оказания душевной помощи нуждающимся в ней. Недавно была опубликована книга для священников Игумена Евмения «Пастырская помощь душевнобольным» (вып. 49, 1999, 395 с.). В ней излагается современный взгляд на душевное (психическое) состояние человека и, что особенно важно, – даются рекомендации по оказанию помощи прихожанам, в которых используются лингвистические технологии.

Особенно НЛП необходимо для оказания помощи при посттравматическом стрессовом расстройстве – состоянии, возникающем после событий нашего беспокойного времени – природных и техногенных катастроф, террористических актов, военных действий, утраты, горя, развода родителей, смены места жительства, потери работы.

НЛП очень эффективно при фобиях (страхах) любого происхождения и любой тематики.

Количество и продолжительность сеансов для достижения положительного изменения минимальны по сравнению с другими видами психотерапии. НЛП – это преимущественно терапия одного сеанса и при этом ее эффект остается на очень продолжительное время или навсегда. Техники и упражнения, используемые в НЛП, позволяют минимально использовать содержательную событийную информацию (или не использовать совсем), что позволяет не «выдавать» личных тайн.

В настоящее время проводятся различные научные исследования, которые подтверждают практические результаты этого вида психотерапии. В крупных городах России – в Челябинске, Новосибирске, Моск-

ве, Воронеже, С.-Петербурге имеются центры по подготовке психологов, врачей, учителей, социальных работников психотерапевтической технологии НЛП. Опубликован на русском языке десяток книг зарубежных и отечественных авторов; имеются сотни публикаций в научно-практических журналах.

Основой нейролингвистического программирования является *профиль сенсорных модальностей*. Каждый человек для восприятия окружающего мира имеет *пять основных каналов получения, переработки и хранения информации*. Мы все видим, что происходит вокруг, и можем представить внутри себя любые образы; слышим различные звуки; испытываем разнообразные чувства, ощущаем запахи и вкус. Разница заключается лишь в том, каким из этих каналов (визуальным, аудиальным и кинестетическим) человек пользуется чаще всего. Какую информацию, поступающую из них, воспринимает в первую очередь. Что для испытуемого будет важнее: сначала увидеть, представить себе, а потом уже услышать и почувствовать или, наоборот, сначала «примерить» на себя, а после этого представить, как это будет выглядеть.

Может быть, для более быстрого и успешного разрешения какой-либо ситуации лучше и понятнее представить пути возможных решений в виде нарисованной схемы действий? А может быть, важнее проговорить все возможные варианты с самим собой или с кем-то из друзей или близких? Или нужно мысленно пройти каждый шаг возможных решений и почувствовать, какое из них наиболее удобное, приемлемое? После выполнения теста можно узнать, в какой форме информация (в виде картинок, звуков, ощущений, вкуса и запаха) воспринимается внутри себя в первую очередь. Как это связано с собственным поведением и способностями. И как это отражается в речи, в словах, которые произносятся.

В НЛП эти каналы восприятия называются *сенсорными репрезентативными системами*, а одной из основ нейролингвистического программирования является выявление *профиля сенсорной модальности*.

Ниже мы приводим тест, который является одним из способов быстро и самостоятельно определить ведущую сенсорную репрезентативную систему человека.

Испытуемый выбирает из данных ниже словосочетаний одно, которое, по его мнению, является наиболее точным для него и подходящим к данному понятию. Если несколько словосочетаний кажутся испытуемому одинаково подходящими, или наоборот, ни одно не подходит абсолютно точно, он выбирает то единственное словосочетание, которое, по его мнению, может оказаться наиболее близким.

ОПРОСНИК НА ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОФИЛЯ СЕНСОРНЫХ МОДАЛЬНОСТЕЙ

Как выполнять задание. Перечислены 15 «картин» и к каждой из них есть по 4 готовых ответа. Выбери в каждой «картине» один ответ – тот, который лучше всего подходит для тебя, и отметь его в бланке для ответов.

1. *«Скорость»*
 - а) быстрая смена пейзажа; мелькание деревьев, домов;
 - б) шум ветра; шуршание шин; визг тормозов;
 - в) учащенное сердцебиение; ощущение ветра, бьющего в лицо;
 - г) привкус дорожной пыли; бензина; выхлопных газов.
2. *«Плохая погода»*
 - а) тусклое небо; серые тучи;
 - б) завывание ветра; стук капель;
 - в) зябко; ощущение сырости; влажный воздух;
 - г) желание согреться горячим, душистым чаем.
3. *«Мед»*
 - а) золотистая, прозрачная жидкость (вещество);
 - б) хлопок открываемой банки; звон ложек; жужжание пчел;
 - в) тягучий; липкие губы и пальцы;
 - г) душистый; сладкий запах и вкус.
4. *«Море»*
 - а) сине-зеленая вода; большие волны с белыми гребешками;
 - б) шум прибоя; шелест волн; крики чаек;
 - в) теплая вода; горячий песок; шершавые и гладкие камешки;
 - г) соленая вода.
5. *«Усталость»*
 - а) мир вокруг кажется серым, бесцветным; «пелена» перед глазами;
 - б) громкие звуки раздражают; хочется тишины; уснуть;
 - в) тело ломит; голова тяжелая; вялость;
 - г) хочется пить; вкус фруктов и соков.
6. *«Яблоко»*
 - а) круглый плод красного, желтого или зеленого цвета на деревьях в саду или на прилавке рынка (магазина);
 - б) звонкий хруст при откусывании или при разрезании;
 - в) в руке чувствуется тяжесть; гладкая кожица;
 - г) кисло-сладкий; сочный вкус; запах варенья.
7. *«Снег»*
 - а) сверкающее; искрящееся на солнце белое покрывало;
 - в) скрипит под ногами; потрескивание наста;

- б) холодный; мягкий; пушистый;
 - г) безвкусный.
8. «Вечер»
- а) размытые краски; яркие огни фонарей; длинные тени;
 - б) приглушенные звуки музыки; голоса близких;
 - в) ощущение приятной усталости (расслабленности);
мягкое удобное кресло;
 - г) чашка вкусного чая с печеньем.
9. «У костра»
- а) языки красного пламени; вспыхивающие угли;
искры; сизый дым;
 - б) потрескивание углей, шипение дров, бульканье воды
в котелке;
 - в) тепло; дым щиплет глаза; согревает;
 - г) аромат рыбной ухи, лука, хлеба, овощей.
10. «Дерево»
- а) высокий прямой коричневый ствол; зеленая крона; лучи
солнца проглядывают сквозь листву;
 - б) шелест листьев; треск сучьев; скрип веток;
 - в) шершавая кора; мягкая листва;
 - г) запах свежести.
11. «Библиотека»
- а) гляцевые и матовые, красочные и разноцветные
обложки книг; высокие стеллажи;
 - б) шорох страниц; приглушенная речь; скрип стульев;
 - в) книги с гладкими обложками; увесистые тома;
 - г) запах книжной пыли; старой бумаги.
12. «Город»
- а) высокие здания; серые мостовые; яркие рекламные щиты;
разноцветные автомобили;
 - б) шум машин; гул голосов; вой сирены;
 - в) движение шагов; прикосновение к ручкам дверей;
теснота в транспорте;
 - г) привлекающие (вкусом) продукты витрины магазинов;
разнообразие и смешение различных запахов.
13. «Утро»
- а) светло-голубое небо, прозрачный воздух, показавшееся
из-за горизонта розовое солнце;
 - б) щебетание птиц, тишина, тихое шуршание листьев;
 - в) прохладный воздух, влажная трава, теплые лучи солнца,
дышится полной грудью;

- г) запахи цветов, вкус кофе и молока, бутербродов.
14. «Ремонт»
- а) чистые обои; белый потолок; беспорядок;
 - б) стук молотка; визг дрели; эхо в пустых комнатах;
 - в) влажные, недавно поклеенные обои; прикосновение к деревянной мебели;
 - г) запахи пыли, краски, лака.
15. «Церковь»
- а) огоньки свечей; золото иконостаса и алтаря; тусклые краски старинных икон; полумрак;
 - б) голос священника; пение хора; потрескивание свечей;
 - в) ощущение умиротворения;
 - г) сладкий запах ладана; запах горящего воска; вкус просвиры.

Бланк к опроснику

Фамилия, имя	Пол:		Возраст	Образование	Дата заполнения
	М	Ж			

1-а-б-в-г	2-а-б-в-г	3-а-б-в-г	4-а-б-в-г	5-а-б-в-г
6-а-б-в-г	7-а-б-в-г	8-а-б-в-г	9-а-б-в-г	10-а-б-в-г
11-а-б-в-г	12-а-б-в-г	13-а-б-в-г	14-а-б-в-г	15-а-б-в-г

$\Sigma a =$	$\Sigma б =$	$\Sigma в =$	$\Sigma г =$
--------------	--------------	--------------	--------------

Ключ

Условные обозначения и репрезентативные сенсорные системы:

- (а) – зрение,
- (б) – слух,
- (в) – кинестетические ощущения,
- (г) – вкус, обоняние.

Каждый ответ относится к определенной сенсорной системе, к ее особенностям –

- 1) восприятия внешней информации,
- 2) обработки ее в соответствующих местах обработки,
- 3) хранения и
- 4) дальнейшего использования (или забывания).

Подсчитывается количество главных и дополнительных ответов.

Трудно представить «чистые», изолированные репрезентативные системы восприятия и хранения информации о реальных и вспоминаемых жизненных событиях (картинах-образах). Могут существовать только сочетания систем, с преимущественным преобладанием (функционированием) какой-то одной из них.

СПИСОК СЕНСОРНЫХ МОДАЛЬНОСТЕЙ

Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: лет месяцев	Образование	Дата заполнения
--------------	-------------	-------------------------	-------------	--------------------

Напиши коротко, о том, что с тобой произошло (как бы название рассказа):

Ниже перечислены признаки, с помощью которых можно охарактеризовать внутреннюю картину события, какой она вспоминается в памяти. При вспоминании обращай внимание как картина «выглядит», «звучит», какие ощущения при этом возникают, какие мысли и т.д.

Отметь (подчеркни) те признаки, которые соответствуют твоей внутренней картине, тому, как ты помнишь это событие. В каждой системе обозначены крайние, противоположные признаки, которые могут, вспоминаться и нормально.

Тогда в этом номере признака отметь, что нормально (N).

	ЗРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА	ЗВУКОВАЯ СИСТЕМА	ОЩУЩЕНИЯ	ОБОНЯНИЕ	ВКУСОВОЕ ОЩУЩЕНИЕ	МЫШЛЕНИЕ (ИНТЕЛЛЕКТ)
1	<i>Положение</i> Справа – Слева – Спереди – Сзади	<i>Положение</i> Справа – Слева – Спереди – Сзади	<i>Положение</i> Внутри – Внешние	Свежий	Кислый	<i>Скорость</i> Медленное – Быстрое
2	<i>Размеры</i> Большой – N – Маленький	<i>Тональность</i> Бас – N – Писк	<i>Площадь</i> Большая – N – Маленькая	Ароматный	Горький	<i>Внимание</i> Сконцентрировано – «Разбегается»
3	<i>Цвет</i> Черно-белый – N – яркий, цветной	<i>Громкость</i> Громкий – N – тихий	<i>Интенсивность</i> сильная – N – слабая	Пикантный	Сладкий	<i>Мысли</i> Обо всем – Только о событии
4	<i>Движение</i> Медленное – N – Быстрое	<i>Темп</i> Медленный – N – Быстрый	<i>Текстура</i> Грубая – N – Гладкая		Соленый	
5	Слайд – Фото – Кино	<i>Ритм</i> Нервный – N – Ровный	<i>Температура</i> Горячая – N – Холодная		<i>Какой вкус?</i>	
6	<i>Объемность</i> Плоское – N – панорама	<i>Высота</i> Низкая – N – Высокая	<i>Давление</i> Высокое – N – Низкое			
7	<i>Глубина</i> Двухмерное – Трехмерное	<i>Направление</i> Вовнутрь – Вовне	<i>Вес</i> Тяжелое – N – Легкое	<i>Запах чего?</i>	<i>Вкус чего?</i>	
8	<i>Фокус</i> Нечеткий – N – Очень четкий	<i>Расстояние</i> Близко – N – Далеко	<i>Влажность</i> Влажное – N – Сухое			

В каждом из трех следующих номеров выбери только один вариант и подчеркни соответствующий номер с буквой.

1а	Зрительно картину (образ) вспоминаю, как бы от своих глаз	1б	Зрительно картину (образ) вспоминаю, как бы со стороны
----	--	----	---

2а	Вспоминая, слышу так, как будто это происходит на самом деле	2б	Вспоминая, слышу так, как будто слушаю запись на кассете
3а	Ощущения в теле такие, как были в первый раз во время события	3б	Ощущений в теле при воспоминании о событии нет

Ключ

Отмеченные обследуемым индивидуальные модальности и субмодальности используются для оказания помощи при образной психотерапии.

Первоначальное событие при посттравматическом фиксировании в памяти хранится не таким, каким оно было на самом деле. Возвращение к нему при вспоминании события происходит в искаженной форме. И сохраняется событие изолированно от другой прежней и\или новой информации (знаний, опыта), что затрудняет его «переработку» и утилизацию. Поэтому использовать различные вербальные виды психотерапии бывает затруднительно и непродуктивно или такая (содержательная) помощь требует многих месяцев (лет).

Симптомы травматического события вызываются беспокоящей информацией, сохраняющейся в нейросети. Эта информация запечатлена в той же форме, как когда она была оценена, пережита и зафиксирована на «фоне» преизбытка стрессогенных нейрогормонов. Поэтому жертвы продолжают воспроизводить снова и с той же искаженной четкостью картину травмы, как будто событие происходит в данный момент.

Терапия осуществляет динамический перевод информации в функциональную форму ее хранения в памяти, чтобы она могла быть ассимилирована, как полезная информация, приобретенная в процессе жизни (научения), и тогда она становится аффективно доступной для использования в будущем.

Традиционные психотерапии, использующие в основном вербальные, а не нейрофизиологические механизмы для воздействия на травму, могут быть эффективными лишь в ближайший от травмы период времени, – чем по времени дальше от травмы, тем труднее ее устранить с помощью традиционных вербальных технологий.

Цель терапии – получить доступ к заблокированным нейросетям с травматической информацией о событии. Если заблокированная информация будет активизирована с помощью соответствующих способов, то переработка информации (т.е. жалобы и соответствующее поведение) приведет к адаптивному включению прошлого опыта в повседневное поведение (часть станет целым).

Основные изменения при психотерапии происходят в биохимической системе под воздействием электрических потенциалов нервной системы, т.е. все три мозговые структуры лимбическая – таламическая –

корковая приходят в одновременное взаимодействие. Любые психические, психоэмоциональные изменения (и улучшения в результате психотерапии) основаны на биоэлектрических (нейрофизиологических) изменениях в хранимой вспоминаемой информации.

Если убрать, устранить посттравматическое событие, то открывает доступ к положительным сведениям, знаниям, жизненному опыту, расширяется диапазон детских и других возрастных воспоминаний. Это приводит также и к нейтральной положительной оценке самого себя, что создает перенос такого опыта в будущее, расширение личностной истории.

Быстрые виды психотерапии сочетаются со всеми другими видами психотерапии, так как травматическая информация хранится в нейрофизиологической системе мозга. Быстрая терапия позволяет ассимилировать с помощью динамической активизации системы переработку искаженно запомненной информации. В данном случае терапия имеет дело не с диагнозом, а с теми характеристиками, которые скорее всего и порождают поведенческие реакции и служат для постановки диагноза.

Быстрые психотерапевтические техники – это интерактивная интеракционная интерпсихическая когнитивно-поведенческая телесно-ориентированная психотерапия, используемая для оказания помощи (лечения) человеку, как целостной личности.

Травматическое событие (материал), ранее диссоциированный в разделенных нейросетях, в процессе психотерапевтического сеанса постепенно и\или сразу соединяется друг с другом до тех пор, пока не достигнет положительного соединения в целое для адекватного использования в качестве опыта. Психопатологические симптомы определяются способом фиксации самоопределения, хранения и воспроизведения события. При изменении биохимизма хранения (перезаписи на нейрохимическом уровне) информации наступает самопереоценивание травмирующего события.

КОПИНГ-МЕХАНИЗМЫ СОВЛАДАНИЯ С БОЛЕЗНЬЮ КАК СТРЕССОРОМ

Как выполнять задание: Ниже помещены способы действий, которые человек (ребенок или взрослый) использует, когда он понимает, что болен (болеет), расценивает болезнь как угрозу своему здоровью, благополучию – и ему необходимо приспособливаться к ней.

Прочти каждый из способов действий, и если ты используешь этот способ, то в бланке для ответов отметь, в какой мере это выражено у тебя. Укажи в бланке для ответов название своего заболевания, дату, когда ты впервые заболел им. Укажи фамилию и другие сведения о себе.

1. Отвлечение и «переключение» мыслей на другие «более важные» темы.
2. Принятие болезни как чего-то неизбежного (проявляешь твердость и мужество).
3. Игнорирование (не принимаешь во внимание) и уменьшение серьезности болезни.
4. Стремление показать, что состояние здоровья отличное, хорошее; не показать другим своего болезненного состояния.
5. Занимаешься анализом причин болезни и ее последствий.
6. Поиск любой информации о заболевании, расспрос врачей, чтение специальной и популярной литературы по медицине.
7. Взвешенное (осторожное) поведение в связи с заболеванием.
8. Относительность в оценке болезни, сравнение себя с другими людьми, находящимися в худшем положении.
9. Религиозность, стойкость в вере («со мной Бог!»).
10. Придание болезни особого значения и смысла (например, отношение к болезни, как к вызову судьбы, к проверке стойкости духа и т.п.).
11. Самоуважение – болезнь раскрывает более глубокое осознание собственной ценности как личности.
12. Переживание протеста, возмущения.
13. Противостояние болезни и ее последствиям.
14. Разрядка, отреагирование переживаний, вызванных болезнью.
15. Подавление, недопущение чувств, даже соответствующих болезни.
16. Поведение, лишенное самостоятельной активности, сотрудничества – передача ответственности врачам, психологам.
17. Состояние покорности, неотвратимости судьбы, отказ от продолжения борьбы.
18. Самообвинение.
19. Переживание злости, раздражительности, связанных с ограничением жизни болезнью.
20. Сохранение душевного равновесия, самообладания, самоконтроля.
21. Обращение к какой-либо деятельности: «уход» в работу, учебу, занятия в кружках, физкультурных секциях, туризм (походы), хобби.
22. Забота о других, когда собственные потребности (лечение болезни, забота о здоровье) отодвигаются на второй план.
23. Стремление избегать «погружения» в процесс лечения, постоянно заниматься им.
24. Отвлекающее вознаграждение себя исполнением каких-то собственных желаний (например, покупка чего-то, посещение музеев, концертов, кафе).

БЛАНК

Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст: Лет Месяцев	Образование	Дата заполнения
--------------	-------------	-------------------------	-------------	--------------------

Оцени способ своих действий по следующей словесно-цифровой шкале, расположенной вертикально.

Выбранную цифру перечеркни: *отсутствует* – 0, *очень слабо выражено* – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – *очень сильно выражено*.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		12	13	14	15	16	17	18	19	20		21	22	23	24	25	26	27	28	29
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2		2	2	2	2	2	2	2	2	2		2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		3	3	3	3	3	3	3	3	3		3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		4	4	4	4	4	4	4	4	4		4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5		5	5	5	5	5	5	5	5	5		5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6		6	6	6	6	6	6	6	6	6		6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7		7	7	7	7	7	7	7	7	7		7	7	7	7	7	7	7	7	7
0=	1=	2=	3=	4=	5=	6=	7=					0=	1=	2=	3=	4=	5=	6=	7=			0=	1=	2=	3=	4=	5=	6=	7=	
Σ кс.1–11 =											Σ эс.12–20 =											Σ пс.21–29 =								

25. Удовлетворение каких-то давних потребностей (например, совершить путешествие и т.п.).
26. Уединенное пребывание в покое, в размышлении о себе.
27. Активное сотрудничество.
28. Ответственное участие в терапевтической работе (лечении).
29. Стремление быть выслушанным, встретить содействие и понимание.

Ключ

В системе адаптивных реакций человека (больного) механизмы психологической защиты тесно связаны с копинг-механизмами (механизмами совладания) как активными, преимущественно сознательными усилиями человека, направленными на овладение ситуацией или проблемой (посттравматическим стрессовым состоянием).

Впервые термин «coping» был использован Л. Мерфи (1962) в исследованиях способов преодоления детьми требований, выдвигаемых кризисами развития. В последующем понимание копинг-механизмов было тесно связано с исследованиями психологического стресса. Р. Лазарус (1966) определял копинг-механизмы как стратегии действий, предпринимаемых человеком в ситуациях психологической угрозы, в частности в условиях приспособления к болезни как угрозе (в разной мере, в зависимости от вида и тяжести заболевания) физическому, личностному и социальному благополучию.

Цели копинг-механизмов могут быть различными:

- а) у обследуемого (больного человека, человека в посттравматическом стрессовом состоянии и при любых других ситуациях, расцененных как угрожающие и опасные),
 - б) у лиц его ближайшего окружения,
 - в) у врачей и психологов.
- А) Обследуемый человек заинтересован в обретении психического и психосоматического равновесия, в ослаблении и устранении болезненных симптомов, в эффективном приспособлении к социальной жизни вообще и особенно при (повторном) заболевании, оптимально относится к способам и времени лечения (по существу готов к любому виду оказания помощи).
- Б) Лица из ближайшего окружения ожидают от больного человека сохранения прежнего социального статуса в семье и на работе (в школе – для детей), поддержания социальных контактов.
- В) Основные цели использования специалистами (психологами, психиатрами, психотерапевтами, социальными работниками) копинг-механизмов – создание у больного человека положительного отношения к лечению, его активное сотрудничество в терапии, эмоциональная устойчивость и терпеливость в процессе тера-

пии. В психотерапевтической практике всегда важно учитывать все это многообразие при расстановке наиболее целесообразных акцентов.

Типы (модальности) копинг-механизмов могут проявляться в:

- 1) когнитивной,
- 2) эмоциональной и
- 3) поведенческих сферах личности больного, пострадавшего.

В предлагаемой методике утверждения, описывающие способы действий в ситуациях острой и хронической психологической угрозы относятся:

- 1) к когнитивной сфере – (КС) № 1 – 11;
- 2) к эмоциональной сфере – (ЭС) № 12 – 20 (9);
- 3) к поведенческой сфере – (ПС) № 21 – 29 (9).

Обследуемый оценивает способ своих действий по словесно-цифровой шкале, которая расположена *вертикально*, выбранную цифру он подчеркивает или перечеркивает.

Отсутствует – 0, очень слабо выражено – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – очень сильно выражено.

Подсчитывается количество баллов в каждом типе копинг-механизма.

1 тип: максимальное значение 77 баллов, минимальное 0 баллов;

2 тип и 3 тип: по 63 балла и 0 баллов, соответственно.

Суммарный показатель копинг-механизма (К-М) складывается из показателей 1, 2 и 3 типов. Максимальное значение – 215 баллов, минимальное – 0 баллов.

Чем больше баллов набрано по всей методике ($\sum \sum k_{1-29} =$) и по отдельным типам (модальностям) ($\sum k_{1-11} =$), ($\sum эс_{12-20} =$), ($\sum пс_{21-29} =$), тем интенсивней используются копинг-механизмы у обследуемого человека, оказавшегося в ситуации заболевания или в проблемной ситуации.

ОЦЕНКА ПРИ ОКАЗАНИИ ПСИХОТЕРАПИИ

При всем внешнем разнообразии возникновения и течения каждого психосоматического заболевания детей (человека), в рамках каждого психосоматического заболевания существует единый патофизиологический механизм и одинаковая клиническая картина протекания заболевания. Это позволяет проводить примерно одинаковую фармакологическую и физиотерапевтическую и другие виды помощи для купирования симптомов и поддержания как можно более длительной ремиссии (отсутствия проявлений болезни) по разрабатываемым протоколам и стандартам лечения.

Психотерапевтическую помощь также можно вести как технологический процесс, осуществляя для всех больных общий подход, что требу-

ет применения таких психотерапевтических технологий, которые не зависят от личностного, то есть событийного содержания. Но почти все психотерапевтические направления работают как раз с использованием максимума вербальной, личностной и содержательной информации, с использованием (подобно медицинским симптомам) внешне наблюдаемого другими поведением, диссоциированного даже по отношению к больному.

Это преодолено в психотерапевтических направлениях, ориентированных при оказании помощи на формализованный подход, когда помощь оказывается исходя из понимания того, как порождается и функционирует психосоматическое заболевание в модальных самообразах. Их «устройство» формализованно, что позволяет осуществлять помощь, не вовлекая всю личность в терапевтическую и коррекционную работу.

Психотехнологический процесс депсихосоматизации «натренированных» симптомов в образах, которые стали основными в межличностном поведении и которые реализуются в ассоциативных ситуационных условиях, сводится к следующему:

- 1) Определить психосоматическое (психофизиологическое) функционирование до возникновения заболевания (например, виды дыхания, проявляющиеся в разнообразной деятельности, ситуативных событиях).
- 2) Определить первый приступ (проявление) заболевания (или другой любой, или последний, или тот, который помнится как экстремальный, как стрессовый). Провести диагностику признаков («аур») его возникновения и протекания.
- 3) Воспроизвести (вспомнить) в сенсорных модальностях ситуации, после которых или в результате которых возникают соматические проявления. При этом осуществляется диагностическая фиксация симптомов (жалоб, внешне наблюдаемых признаков заболевания). Эти ситуации (и первичная травма-стресс) уже имеются в опыте больного или им даже можно «обучить» других, следуя инструкции психотерапевта.
- 4) Провести формализованную психотерапию (по всей схеме психосоматического поведения, куда включаются и ситуации, в которых возникали симптомы заболевания).
- 5) После достижения адаптивного (психофизиологического) наблюдаемого поведения (например, дыхания и возможности осуществлять дыхание во всем его диапазоне: в положительном поведении – в обычном – в отрицательном поведении, то есть при меняющихся деятельности и взаимоотношениях (то есть от дистресса – стресса – и эустресса)) – проводится обучение больного техникам предотвращения возникновения приступов заболевания или прекращения их развития в первые минуты.

- 6) Проверка в реальных жизненных условиях устойчивости психотерапевтических мероприятий в ситуациях, когда проявляются симптомы.

Такая формализованная психотерапия позволяет специалистам получать одинаковый положительный результат – устранение приступов у больных, страдающих любым психосоматическим заболеванием.

Приведем пример психотерапевтической помощи при нарушении дыхания:

Леонид К. 14 лет, диагноз – бронхиальная астма атипической формы, средней тяжести. Болеет с 12 лет. Частота приступов 4–5 раз в месяц. До этого лечился медикаментозно.

Психотерапевтическая помощь осуществлялась в межприступный период с постоянной готовностью к астматическому приступу. Была проведена диагностика и обучение для самостоятельного безлекарственного снятия приступа. После проведения психотерапии катамнестическое наблюдение не выявило приступов бронхиальной астмы в течение трех месяцев (период наблюдения за больным).

Приводим результаты этого этапа тестирования.

Проводится психодиагностическое обследование на выявление событий, которые могли повлиять на возникновение заболевания; особенностей личности больного; взаимоотношения между членами семьи (главным образом, между матерью и ребенком) – так называемая психологическая «астматическая предрасположенность»; аутопроекционный рисуночный материал для фиксации виртуальной картины психической травмы и картины состояния в астматическом приступе. Использовались соответствующие методики. В тексте приведены (уменьшенные в размере) части бланков, необходимые для иллюстрации практической психотерапии. Все используемые методики можно использовать в мужском и женском варианте, для детей, подростков и взрослых, изменяя только окончания в соответствии с полом и обращение к взрослым.

Вначале важно проанализировать жизненные события, происходившие до возникновения первого приступа бронхиальной астмы. Это позволяет выявить органы или систему органов, которые при чрезмерном физическом и/или психоэкстремальном воздействии реагируют в первую очередь. Иммунная система запрограммирована «справляться» с естественными природными инфекционными заболеваниями и функционирует в постоянном для организма режиме, то есть по выздоровлению не создает соматических (телесных) болезненных проявлений. Только после экстремальных переживаний возникает сбой в работе иммунной системы, которая начинает «путать» инфекционные и неинфекционные воздействия на организм.

С целью выявления рубежа, разделяющего естественный иммунный процесс (дострессовый) и иммунный процесс после эмоциональных переживаний, проводится сбор жизненных биографических данных, позволяющих установить дату или возраст события.

Хронологическое событие оценивается с помощью шкалы интенсивности дыхания, что позволяет выявить, как дыхательная система больного реагировала на значимые события в его жизни.

*Хронологическая запись жизненных событий,
связанных с возникновением заболевания*

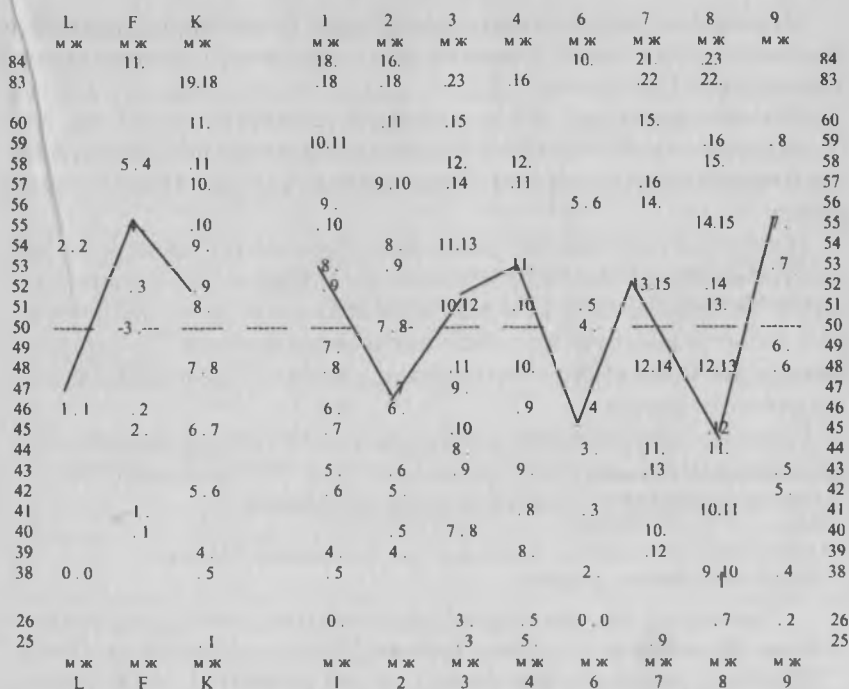
Фамилия, имя: К. Леонид	Пол ребенка: <u>М</u> Ж Возраст: 12 лет 5 месяцев	Дата заполнения: 11. 10. 2006
-------------------------	--	----------------------------------

Событие – в двухмесячном возрасте провел некоторое время в родильном доме «рядом» с матерью, к ней его не приносили, так как у нее было инфекционное заболевание	Дата или возраст	Балл шкалы – Не помнит
--	------------------	---------------------------

Событие – стал посещать детский сад	Дата или возраст: 3 года	Балл шкалы – 1
Событие – пошел в школу	Дата или возраст: 7 лет 5 мес.	Балл шкалы – 1
Событие – развод родителей	Дата или возраст: 9 лет 2 мес.	Балл шкалы – 2
Событие – «съел яд»	Дата или возраст: 12 лет 1 мес.	Балл шкалы – 3
Событие – начало приступов	Дата или возраст: 12 лет 3 мес.	Балл шкалы – 3

В значимых для себя событиях больной реагировал «бронхиальным» дыханием, интенсивность которого увеличивалась.

Исследовались типичные особенности психического реагирования (механизмы психических защит) больного с помощью методики многостороннего исследования личности (регистрационный бланк и обработка результатов разработаны нами). Ниже, на графике выраженность особенностей личности в пределах нормы. Наблюдаются следующие психологические состояния – нарушение конформности, связанное с затруднением в межличностных контактах, потребностью в оказании поддержки, недостаточностью физических и психических ресурсов для реализации мотивированного поведения в значимых ситуациях; легко фрустрируется, «свободно плавающая» тревога за состояние своего физического здоровья; находится в состоянии враждебности, протеста, неспособности считаться с интересами ближайшего окружения, главным образом в отношении ближайших родственников (чаще всего с матерью); легкость совершаемых поступков сочетается с постоянными размышлениями о правильности уже совершенного.



Анализ взаимоотношений в семье

Одинаковая оценка происходящих взаимоотношений в семье ребенком и матерью указывает на наличие специфической астматической предрасположенности, которую на психологическом уровне создают эти взаимоотношения.

Определение посттравматического стрессового состояния

А) Стресс, связанный с первичной или самой значимой для больного психологической травмой.

Больного просят нарисовать картину первого приступа или картину события, которое, по его мнению, явилось начальной причиной будущих приступов. Эти рисунки служат в дальнейшем проекционным ауто-стимульным материалом для составления рассказа о переживаниях связанных с психической травмой и дыхательными приступами. Выполненные рисунки – свои, к ним нет сопротивления, они позволяют терапевту наглядно видеть, как в зрительной системе хранится информация о травмирующих событиях, и проводить соответствующую коррекцию, а после окончания терапии, при повторном обследовании, сравнивать сенсорные зрительные образы.

Возможен дополнительный анализ рисунков с помощью традиционных способов интерпретации.

В данном случае у больного первый приступ нарушения дыхания и травматическое событие совпали (что по нашим наблюдениям бывает у детей в 85,81% случаев).

Обращает внимание, что не используются цветные карандаши, этот образ хранится и вспоминается в черно-белом цвете. Изображены главные «герои» события (он сам). Руки мальчика на горле! На полу что-то лежит!

Известно, что фиксация травматического события происходит при участии катехоламинов или серотонина и эндорфинов. Это автоматическая «работа» защитных механизмов психики в оценке экстремального события как отрицательного или положительного. Такая фиксация в дальнейшем создает «трудности» для «самоисцеления» и проведения психотерапии.

Рассказ о событии может излагаться в свободной форме либо с использованием стандартного бланка для записи рассказа о событии.

Рассказ передается, так как он написан больным.

Напиши коротко о том, что произошло (как бы название рассказа):
«Страх от вероятной смерти»

Уже почти вечер, моя бабушка начала убирать мою комнату, я сидел и играл. Вдруг бабушка сказала: «Куда исчез яд для тараканов». Мне стало страшно: у меня пошли мысли, что я его съел. Я сказал ей, что, возможно, съел их. Бабушка сказала: «Ты можешь попасть в больницу и даже умереть». Мне стало плохо, дыхание затруднилось и начала болеть грудная клетка. Я начал плакать, просить о помощи, пришли все, кто был в квартире, они начали меня успокаивать. Кричал: «Вызовите скорую помощь!» Это продолжалось, но потом через час все прошло. Я сказал, что собирал какие-то крошки с пола. И как оказалось, бабушка вспомнила, что сама убрала этот яд. А я не знал, это она меня успокаивает или говорит правду. Я чувствовал какой-то запах, а все говорили, что ничем не пахнет. У меня все началось снова, мне давали валерьянку и другие лекарства, которые были дома, чтобы успокоить меня, но это продолжалось еще долго, примерно до трех ночи.

На этом этапе обследования важно собрать информацию о том, как дыхание и (первичное) травматическое событие сохраняется в долгосрочной памяти, так как именно фиксированные сенсорные признаки (зрительные, звуковые, кинестетические, обонятельные, вкусовые, мыслительные) влияют на «запуск» астматических приступов. Изменение этих сенсорных признаков используется в психотерапии. Больной одновременно вспоминает стрессовое событие, свой аутопроекционный материал (рисунок), свой рассказ об этом и отмечает в бланке, как сенсорные признаки фиксированы в общей картине психосоматического стресса (заболевания).

Напиши коротко о том, как ты вспоминаешь себя во время приступа
(как бы название рассказа): «*Страх от вероятной смерти*»

	ЗРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА	ЗВУКОВАЯ СИСТЕМА	ОЩУЩЕНИЯ <i>Их нет</i>	ОБОНЯНИЕ	ВКУСОВЫЕ ОЩУЩЕНИЯ	МЫШЛЕНИЕ (ИНТЕЛЛЕКТ)
1	<i>Положение</i> Справа – Слева – Спереди – Сзади	<i>Положение</i> Справа – Слева – Спереди – Сзади	<i>Положение</i> Внутри – Внешние	Свежий	Кислый	<i>Скорость</i> Медленное – Быстрое
2	<i>Размеры</i> Большой – N – Маленький	<i>Тональность</i> Бас – N – Писк	<i>Площадь</i> Большая – N – Маленькая	Ароматный	Горький	<i>Внимание</i> Сконцентрировано – «Разбегается»
3	<i>Цвет</i> Черно-белый – N – Яркий, цветной	<i>Громкость</i> Громкий – N – Тихий	<i>Интенсивность</i> Сильная – N – Слабая	Пикантный	Сладкий	<i>Мысли</i> Обо всем – Только о событии
4	<i>Движение</i> Медленное – N – Быстрое	<i>Темп</i> Медленный – N – Быстрый	<i>Текстура</i> Грубая – N – Гладкая		Соленый	
5	Слайд – Фото – Кино	<i>Ритм</i> Неровный – N – Ровный	<i>Температура</i> Горячая – N – Холодная		Какой вкус?	
6	<i>Объемность</i> Плоское – N – Панорама	<i>Высота</i> Низкая – N – Высокая	<i>Давление</i> Высокое – N – Низкое			
7	<i>Глубина</i> Двумерное – Трехмерное	<i>Направление</i> Внутри – Вовне	<i>Вес</i> Тяжелое – N – Легкое	Запах чего? <i>Чего-то</i> <i>незны-</i> <i>когого</i>	Вкус чего?	
8	Фокус Нечеткий – N – Очень четкий	<i>Расстояние</i> Близко – N – Далеко	<i>Влажность</i> Влажное – N – Сухое			

В каждом из трех номеров выбери только один вариант и перечеркни соответствующий номер с буквой.

1а	Зрительно картину (образ) вспоминаю как бы от своих глаз.	1б	Зрительно картину (образ) вспоминаю как бы со стороны.
2а	Вспоминаю, слышу так, как будто это происходит на самом деле.	2б	Вспоминаю, слышу так, как будто слушаю запись на кассете.
3а	Ощущения в теле такие, как были в первый раз во время события.	3б	Ощущений в теле при воспоминании о событии нет.

Отмечается несогласованность (неконгруэнтность) вспоминаемого стресса, что собственно характерно в этом случае, а также диссоциированное зрительное и ассоциированное звуковое воспоминание.

Обычно в зависимости от возраста используются две формы оценки посттравматического стрессового расстройства. Для подростков 14 лет и старше и взрослых используется методика «Оценка посттравматического расстройства», основанная на критериях DSM-IV.

Для детей младшего возраста применяется упрощенная методика диагностики посттравматического состояния.

По прошествии нескольких лет у больных сохраняются воспоминания о стрессовом событии как повторяющиеся воспоминания – преимущественно в виде зрительной и звуковой картины – которых они избегают. Во время приступа, в его первые секунды или не задолго до его начала больному «необходимо» находиться в достаточно деятельном состоянии, для того чтобы в качестве оказания самопомощи воспользоваться лекарствами для купирования нарушения дыхания.

Для измерения состояния способности что-либо делать в экстремальном состоянии применяется нижеследующая методика.

В описываемом нами случае самим больным деятельность по оказанию самопомощи в экстремальной ситуации практически не осуществлялась. Он испытывал бессилие, ему невозможно было разобраться в происходящем. Он был не уверен в действиях взрослых, так как призывал их: «Вызовите скорую помощь».

Возникающее нарушение дыхания ребенка зависит от «накопления» опыта, который связывается с эмоционально переживаемыми ситуациями. Пока в психофизиологическом «репертуаре» ребенка не накопятся соответствующие ситуации, никакие астматические приступы (иммунологические нарушения) у него возникать не будут. И если у ребенка в ситуации произошло связывание эмоционального переживания и соответствующего ему дыхания – произошло закрепление этого состояния, что по существу и обеспечивает астматическое дыхание.

С помощью шкалы интенсивности дыхания больной оценивает свое дыхание в различных эмоционально окрашенных для него ситуациях, которые чаще всего и проявляются в экстремальных ситуациях.

+3	Дыхание настолько заметно, что кажется, будто дышится по принуждению
+2	Дыхание такое, что его надо «регулировать», «сдерживать» вдох или выдох
+1	Отмечается, что дышится очень легко, что бы ни делалось
0	Дыхание именно такое, какое требуется для выполнения деятельности; дыхание не ощущается, не осознается
-1	Начинают ощущаться начальные признаки затруднения вдоха-выдоха
-2	Вдохнуть или выдохнуть воздух трудно, существенные нарушения в дыхании
-3	«Развал» дыхательного цикла: приступ удушья

У больного в трех случаях было отмечено нарушение дыхания в сторону его затруднения, и особенно оно нарушалось при эмоциональном переживании страха.

У детей с предрасположенностью к астме или у больных бронхиальной астмой выявляется повышенная чувствительность к звукам и звуковой речи. Часто у них наблюдаются музыкальные способности. Эти дети оценивают взаимоотношения между людьми на основе интерпре-

тации ими звуковой картины общения, часто испытывают при этом тревогу, находясь в этом состоянии достаточное количество времени, если оценили речевое общение между людьми как угрожающее, конфликтное (т.е. эти дети придают большее значение не содержанию, а громкости речи (звука)).

Для оценки влияния голосовых характеристик использовался *биполярный семантический опросник*, позволяющий в баллах оценивать три показателя речи (голоса):

- 1) силу звука голоса (С),
- 2) эмоциональную окраску голоса (Э),
- 3) дисциплинирующее звучание голоса (Д).

Приводим часть задания, где больной характеризует свой голос и голос бабушки.

Твой собственный голос						Голос... бабушки					
Тихий		+23	Шумный			Тихий		123	Шумный		
Пежный		+23	Грубый			Пежный		123	Грубый		
Уступчивый		123	Пастойчивый			Уступчивый		123	Пастойчивый		
Безгласный		123	Резкий			Безгласный		123	Резкий		
Мирный		+23	Бранящий			Мирный		123	Бранящий		
Соглашающийся		+23	Пробивной			Соглашающийся		123	Пробивной		
С	Ср.	Э	Ср.	Д	Ср.	С	Ср.	Э	Ср.	Д	Ср.
-	1,7	-	1,4	-	1,28	-	2,7	-	2,14	-	2,85
12	балла	10	балла	9	балла	19	балла	13	балла	20	балла

Голос матери больной оценивает следующим образом:

- 1) силу голоса – 1,0 балла;
- 2) эмоциональную окраску голоса – 1,0 балла;
- 3) дисциплинирующее звучание – 2,14 балла.

Голос бабушки является для больного интратуальным «образцом», который участвует в «запуске» нарушения дыхания.

Применяется большое количество разнообразных методик-шкал по измерению интенсивности состояния. Они, по нашему мнению, хорошо могут отражать в модальном образе и если они для человека становятся постоянным, то интенсивность этого константного поведения остается на уровне бывшего приступа.

Запиши событие, которое оказалось для тебя экстремальной (стрессовой) ситуацией: «Страх от вероятной смерти»						
+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
2. Дыхание надо сдерживать, бурное	8. Дыхание глубокое, заметное	14. Дыхание легкое	20. Состояние ничем не отличается от обычного	26. Дыхание – признаки затруднения	32. Дыхание осуществляется с трудом √	38. Дыхание – удушье

В целом больной оценивает качественную интенсивность своего состояния во время стресса как крайнюю степень, что соответствует отрицательному переживанию (-3). По отдельным качественным показателям, также крайней степени интенсивности, отмечено приступное дыхание; эмоциональное отношение к событию средней степени интенсивности (-2) определяется затруднениями в дыхательной системе; обращает на себя внимание, что качественные положительные показатели средней степени интенсивности (+2) отмечены – внимание неустойчивое, зрительно и на слух выделяется что-то одно в событии. Это достаточно характерные качественные сочетания признаков при астматическом приступе.

Во всех ситуациях, связанных с возникновением приступов, больной постоянно отмечает: «быстро замечаю запах». В рассказе об экстремальном событии он так же «заметил» запах чего-то, хотя тот яд для тараканов был без запаха (со слов родственников). Вторым по важности ощущением у него является ощущение возникающей опасности, что, так же как и ощущение запаха, является основными защитным инстинктом у человека, и это очень прочно фиксируется в памяти, генерализуя поведение и «запуская» без всяких оснований иммунную систему для «борьбы» с мнимыми, враждебными для организма веществами.

Достаточно часто астматические приступы начинаются во время сна. Ребенок, если это первые приступы, может бояться их наступления. Возникает тревожное ожидание затруднения дыхания, что тоже является запускающим (провоцирующим) фактором возникновения приступа. Дети начинают бояться наступления ночного времени, возникают затруднения с засыпанием, дети боятся темноты.

Сон всегда видится ассоциированно, человек является непосредственным действующим участником своих сновидений и испытывает такие же переживания, как если бы все происходило в действительности. Дети особенно легко путают реальности: событие произошло на самом деле или только им приснилось.

Используется субтест из *Патохарактерологического опросника Личко* для определения качества сна и состояния после пробуждения. Больным в описываемом нами случае было отмечено несколько пунктов, которые в основном отражают тревогу (см. стр. 469). У больного не было жалоб на ночные астматические приступы, не было страха темноты, не было кошмарных и страшных сновидений, поэтому он не обследовался на предмет сновиденческих страхов.

С целью предупреждения и купирования приступа бронхиальной астмы разработаны упражнения, основной задачей которых является восстановление адаптивного, функционального ситуационного дыхания.

№	УТВЕРЖДЕНИЯ	ОТВЕТЫ		№
		да	нет	
1	Я сплю хорошо	да	нет	1
2	Сон у меня богат яркими сновидениями	да	нет	2
3	Перед тем как уснуть, я люблю помечтать	да	нет	3
4	Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем	да	нет	4
5	Я сплю мало, но встаю бодрым(ой), сны вижу редко	да	нет	5
6	Сон у меня крепкий, но иногда бывают жуткие, кошмарные сновидения	да	нет	6
7	У меня плохой и беспокойный сон	да	нет	7
8	Бессонница у меня наступает периодически без особых причин	да	нет	8
9	Я не могу спокойно спать, если утром надо вставать в определенный час	да	нет	9
10	Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть	да	нет	10
11	Я часто вижу различные сны то приятные, то неприятные	да	нет	11
12	По ночам у меня бывают приступы страха	да	нет	12
13	Мне часто снится, что меня обижают	да	нет	13
14	Я не могу свободно регулировать свой сон	да	нет	14

$$1 \text{ балл} = 7,14\% \quad \times \quad 6 = 42,74\%$$

До проведения непосредственно психотерапии проводится диагностика, контролирующая успешность помощи. Методики предельно варьируются до и после психотерапии.

Важнейшим элементом формализованной психотерапии является девертуализация картин (образов) экстремального события. Для снижения за изменениями травматического образа необходимо знать, из каких сенсорных признаков (субмодальностей) состоит посттравматический образ.

Инструкция:

1. Напиши о травмирующем событии (или о приступе):										
«Страх от вероятной смерти»										
№	1	V	2	V	3	V	4	V	5	
1	Событие не помнится ни в зрительной, ни в звуковой форме		Мыслей о событии нет		Никаких ощущений в теле нет		Спокоен (спокойна)		Здоров(а)	
2	Событие практически забыто; возникают отрывочные воспоминания		Мысли сразу отвлекаются от обрывков картины произошедшего		Испытываю едва заметное ощущение		Испытываю едва заметное волнение		Оцениваю свое здоровье как хорошее	
3	Событие вспомнить достаточно трудно		Мысли не успевают «подключиться» к оценке события		Иногда испытываются заметные ощущения	<input checked="" type="checkbox"/>	Испытываются тревога и нервозность		Воспоминание не влияет на текущее здоровье	
4	Событие вспоминается и забывается; как «прозрачная» картинка		Мысленно обдумывается и оценивается событие	<input checked="" type="checkbox"/>	Возникают ощущения и их можно связать с событием		Переживания можно связать с событием		Кратковременные и быстро исчезающие жалобы	
5	Событие «восстанавливается» в памяти от любых напоминаний	<input checked="" type="checkbox"/>	Мысли долго «крутятся» вокруг события		Значительные ощущения в теле		Испытываются сильные переживания		Состояние можно назвать как недомогание	<input checked="" type="checkbox"/>
6	Событие вспоминается ярко и четко, сравнимо с настоящим событием		Мысли постоянно возвращаются к событию, дополняя его еще мыслями		Неприятные, длительные ощущения в теле (органах)		Длительные беспокоящие переживания	<input checked="" type="checkbox"/>	Состояние нездоровья	<input checked="" type="checkbox"/>
7	Событие «само» вспоминается так, как было на самом деле		Мысли «настойчиво» думают о событии		Испытываются постоянные, сильные ощущения		Испытываются постоянные, разнообразные переживания		Болен, почти болен (Больна, почти больна)	

При вспоминании экстремального события больной в основном отмечает признаки модальностей, приближенные к реальному, фактическому событию, которое было, в общем-то, достаточно давно. После проведения психотерапии признаки модальностей сместились на 1, 2 и 3 уровень. Зрительные и звуковые признаки были отмечены на 1-м уровне. По словам больного этот уровень признаков достаточен, чтобы не испытывать чрезмерных ощущений и не вовлекаться в вербальное (смысловое) обсуждение происшедшего. (Мысли не успевают «подключиться» к оценке события).

Помимо оценки актов дыхания и астматического приступа во время психотерапии используется *базовая оценка интенсивности всего диапазона дыхательного движения*, ее достоинство в том, что ее можно «встраивать» в другие опросники и методики.

С помощью предлагаемой шкалы оцени свое дыхание.
Отметь (перечеркни) соответствующую цифру (баллы) в соответствующем месте.

До	После	Баллы	Признаки
		+3	Дыхание настолько заметно, что кажется, будто дышится по принуждению
		+2	Дыхание такое, что его надо «регулировать», «сдерживать» вдох или выдох
	—	+1	Отмечается, что дышится очень легко, что бы ни делалось
	—	0	Дыхание именно такое, какое требуется для выполнения деятельности; дыхание не ощущается, не осознается
—		-1	Начинают ощущаться начальные признаки затруднения вдоха-выдоха
		-2	Вдохнуть или выдохнуть воздух трудно, существенные нарушения в дыхании
		-3	«Развал» дыхательного цикла; приступ удушья

После проведения психотерапии дыхательный цикл ощущается таким, какого требуют данные обстоятельства. Астматическое дыхание депсихосоматизировано.

После проведения терапии рисунок стал цветным, фигуры участников те же, руки у ребенка уже не на шее, а держат цветы, цветы как признак радости, праздника (?). Иная форма рта, иные глаза, бабушка лучше графически прописана. На полу под столом, где находился «яд», пустое место.

Можно обозначить общие требования к дыханию, исходя из следующего деления дыхания по типам:

1. Дыхание должно обладать цикличностью и связностью –
 - а) Между вдохом и выдохом, между выдохом и вдохом нет никакой паузы, никакого промежутка, перерыва.
 - б) Связное дыхание – это дыхание без пауз между вдохом и выдохом. Вдох постепенно перетекает в выдох. Выдох постепенно перетекает во вдох. Это дыхание по кругу. При таком дыхании нет остановки.
2. Выдох должен расслаблять, создавать свободу, должен быть ненапряжен и не контролироваться сознанием, не привлекать внимания.
3. Если вдох производится через нос (рот), то и выдох тоже производится через нос (рот).

Выделяется темп и объем дыхания. Три основных параметра, определяющих структуру дыхания – глубина, частота и соотношение между вдохом и выдохом.

1. *Глубокое и медленное.*

Глубина задает интенсивность переживаний ситуации, степени эмоциональной вовлеченности в нее и уровень физических (кинестетических) ощущений в теле (органах).

2. *Быстрое и поверхностное.*

Частота – скорость процесса, отражает скорость изменений (трансформации), происходящих в ситуации, в которой находится, взаимодействует человек (ребенок).

3. *Быстрое и глубокое.*

Соотношение вдоха и выдоха – вдох должен происходить активно с мышечным усилием, выдох – пассивно, при расслабленных мышцах (расслаблении мышц).

Эти сведения должны знать родители и больные, так как знание и представление об акте дыхания позволяет поддерживать его в автоматическом неосознаваемом режиме.

В описываемом нами случае больному были подобраны депсихосоматические упражнения, нормализовавшие у него цикл вдоха-выдоха в его экстремальном событии. Затем так же были проработаны все приступы (которые он вспомнил), а так как они все похожи, то есть имеют определенные типичные признаки, то этот процесс был осуществлен достаточно быстро и под контролем методики, определяющей тип дыхания. Так же были проработаны «ауры», которые порождали приступы (например, голос бабушки, некоторые слова из первичного экстремального события и др.).

Больные астмой обычно страдают избыточной (чрезмерной) гипергической реакцией. Так и у больного в различных ситуациях, которые он отмечал, запах являлся обязательным компонентом его психоэмоционального реагирования. Поскольку для него ощущение запаха было предвестником возможного приступа, ему так же была проведена десенсибилизация (*понижение порога восприятия*) ощущения запаха, запускающего нарушение дыхания.

Последующие посещения больного показали успешность применения такого вида помощи, основанного на понимании функционирования дыхательного цикла и его изменения под влиянием стресса.

Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст:	Образование	Дата заполнения
--------------	-------------	----------	-------------	--------------------

Опиши событие, которое оказалось для тебя травмирующим:

Укажи, когда это событие произошло:	Число	Месяц	Год
-------------------------------------	-------	-------	-----

Как выполнять задание: прочитай каждый пункт, содержащий описание того, как забывается и вспоминается травмирующее событие. Подбери текст, который весь (целиком) лучше всего подходит для описания твоего состояния при воспоминании о травмирующем событии. Зачеркни в цифру с *левой* стороны.

До	Описания	После
1	Событие забыто! Событие не помнится ни в зрительной, ни в звуковой форме. Не думаю о нем. (Нет мыслей.) Переживания отсутствуют. Нет никаких неприятных ощущений в теле. Здоров(а), спокоен/спокойна.	- 1
2	Событие практически (почти) забыто. Возникают только отрывочные, тусклые, приглушенные воспоминания. Мысли сразу отвлекаются от обрывков картины произошедшего. Переживаний нет. Отсутствуют неприятные телесные ощущения.	0
3	Событие вспомнить достаточно трудно. Можно заметить момент появления воспоминания и прервать его. Мысли не успевают «подключиться» к оценке события. Временами возникают переживания (эмоции). Воспоминание не влияет на текущее состояние, работоспособность, учебу.	+ 1
4	Событие забывается и вспоминается. Оно возникает как «прозрачная картинка», на нее не сразу обращаешь внимание. Обдумывается и оценивается содержание события. Почти постоянные переживания, связанные с событием. Нечасто отмечаются неприятные ощущения в теле, связанные с переживаемым событием.	+ 2
5	Событие восстанавливается в памяти при любых напоминаниях (зрительных, звуковых, обонятельных, редко – вкусовых, осязательных). Мысли долго «крутятся» вокруг события. Переживания (эмоции) практически постоянны. Много неприятных ощущений в теле, беспокойство. Испытывается недомогание.	+ 3
6	Событие вспоминается ярко и четко в зрительной и/или звуковой форме. Возникшая картина почти неотличима от реального травмирующего события. Мысли почти постоянно возвращаются к событию, к тому, что произошло. Эмоции постоянны и негативны (неприятны). Замечаются неприятные ощущения в теле. Возникает состояние нездоровья.	+ 4
7	Событие вспоминается как бы само. Картина, возникающая в памяти, представляется так, как все происходило в реальности. Невозможно отвлечься от мыслей о травмирующем событии. Отмечаются продолжительные глубокие переживания. Сильно выраженные неприятные ощущения в теле (или в конкретном органе), почти как при заболевании.	+ 5

Ключ

В опроснике даны семь комбинированных описаний, с помощью которых можно охарактеризовать, как забывается и вспоминается (травмирующее) событие. От 1 описания к описанию 7 конкретные признаки нарастают по тяжести (или силе) своих проявлений.

Каждое описание состоит из четырех континуальных субописаний (признаков):

1) Память о событии.

Например: событие забыто (в зрительной и звуковой модальностях) – событие практически (почти) забыто – событие вспомнить достаточно трудно – событие забывается и вспоминается – событие восстанавливается в памяти – событие вспоминается ярко и четко (почти неотличимо от реального) – событие вспоминается как бы само.

2) Мысли (внутренняя речь, вербальные размышления) о событии.

3) Переживания о событии. Эмоциональное сопровождение.

4) Ощущения в теле. Состояния здоровья – нездоровья.

Указывается событие, которое повлияло на актуальное состояние или вызвало психосоматическое заболевание. Оно оценивается по выше приведенному способу *до* и *после* проведения психотерапии.

ОПРОСНИК СУБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ РОДИТЕЛЯМИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ИХ РЕБЕНКУ

Фамилия родителей	Пол: М Ж	Возраст:	Образование	Дата заполнения	Заболевание ребенка
-------------------	-------------	----------	-------------	-----------------	---------------------

Фамилия, имя ребенка	Пол: М Ж	Возраст: лет месяцев	Образование	Дата заполнения	
----------------------	-------------	-------------------------	-------------	-----------------	--

Как выполнять задание:

Оцените качество (эффективность) оказания помощи вашему ребенку. Слева и справа от цифровой линии помещены полярные оценки. На цифровой линии отметьте, на сколько баллов вы оцениваете состояние своего ребенка.

На мой взгляд, нездоровье у моего ребенка сохраняется	-3 -2 -1 0 1 2 3	На мой взгляд, здоровье моего ребенка улучшилось
У ребенка не исчезает проблема со здоровьем, из-за которой мы обратились за помощью	-3 -2 -1 0 1 2 3	У ребенка исчезла проблема со здоровьем, из-за которой мы обратились за помощью
На мой взгляд никакая помощь не вызвала положительного влияния на ребенка	-3 -2 -1 0 1 2 3	На мой взгляд, различные виды помощи повлияли положительно на состояние ребенка

На мой взгляд, ни один специалист не смог помочь моему ребенку	-3 -2 -1 0 1 2 3	На мой взгляд, многие специалисты смогли помочь моему ребенку
На мой взгляд, тревога (страх) у ребенка сохраняются	-3 -2 -1 0 1 2 3	На мой взгляд, тревога (страх) у ребенка устранена
ВПИШИТЕ САМИ конкретное состояние ребенка до оказания помощи	ЦИФРОВАЯ ШКАЛА	ВПИШИТЕ САМИ конкретное состояние ребенка после оказания помощи
	-3 -2 -1 0 1 2 3	
	-3 -2 -1 0 1 2 3	

Ключ

Цифровая шкала: -3, -2, -1, 0, 1, 2, 3. Обследуемый (родитель) отмечает одну цифру на каждой строчке. С родителями обсуждаются полученные результаты обследования.

ПРИЗНАКИ ОКОНЧАНИЯ КУРСА ПСИХОТЕРАПИИ СТРЕССА

Как выполнять задание: прочитай, пожалуйста, слева признаки, которые могут сориентировать тебя в том, что ты успешно разрешил проблемную (стрессовую) ситуацию, с которой ты обратился.

На линии отметь черточкой (крестиком), насколько ты близок к разрешению для себя этой проблемы. Чем левее ты сделаешь отметку, тем успешней ты разрешил(а) свою проблему – это условно 10 баллов, на противоположном конце 0 баллов – то есть ты далек от разрешения своей проблемной ситуации. Например: «Я понял(а) инструкцию».

_____ X

Фамилия, имя	Пол: М Ж	Возраст:	Образование	Дата заполнения
--------------	-------------	----------	-------------	--------------------

Мое самочувствие то же самое, что и до возникновения проблемной ситуации.

Я испытываю чувства успеха и радости в настоящем, и переношу эти чувства в будущее.

Если нечто подобное или что-то другое произойдет со мной, то чувства и физические ощущения, которые у меня возникнут, подскажут мне, что надо действовать.

Я теперь знаю, что если у меня будут кончаться силы самому(й) справиться с проблемой, то я могу опять обратиться к специалистам.

Я в состоянии выполнять рекомендации врачей и психологов в отношении своего здоровья. При этом я помню свое поведение, приведшее к заболеванию, и уже не «попаюсь» вторично.

Укажи, напиши свои признаки, на которые ты ориентируешься, считая, что проблема со здоровьем разрешилась.

1
2
3

Ключ

Для субъективной оценки успешности лечения предлагаются пять описаний состояний. На линии испытуемый отмечает, на сколько он оценивает положительное значение текста. Чем ближе к тексту обследуемый сделал отметку, тем успешней он разрешил свою проблему – это условно 10 баллов, на противоположном конце 0 баллов – обследуемый далек от разрешения своей проблемной ситуации.

Линия имеет длину 100 мм и результат можно выразить в единицах длины. Чем длиннее отрезок, тем хуже состояние испытуемого. Задание можно выполнять многократно – до и в период проведения психотерапии (любого оказания помощи).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Психосоматическая патология у детей относится к смежной области, объединяющей педиатрическую медицину, психиатрию, клиническую патологию.

Эта сфера знаний продолжает развиваться в условиях жесточайшего консерватизма, бюрократической регламентации, проявляющихся и в международной классификации заболеваний. Практика требует более четкой классификации психосоматических функциональных заболеваний у детей и подростков.

Так как до настоящего времени при детских лечебно-профилактических учреждениях отсутствуют психосоматические функциональные отделения, где могла бы осуществляться дифференциальная диагностика и целенаправленная эффективная медицинская помощь, эти больные оказываются в поле зрения различных специалистов, которые, как показывает практика, чаще всего не знакомы с диагностикой и лечением патологии данной группы и не способны оказать эффективную помощь. Требуется неотложное создание подобных отделений, прежде

всего в составе многопрофильных лечебных учреждений. Штатным расписанием, наряду с педиатром-специалистом по психосоматической патологии, должны быть предусмотрены должности клинического психолога, детского психиатра и психотерапевта.

Среди первоочередных задач научных исследований ближайшего времени необходимо продолжение эпидемиологических исследований (изучение распространенности и структуры психосоматических функциональных заболеваний в возрастном аспекте в различных регионах страны), так как это позволит выявить факторы риска и наметить пути профилактики данной группы патологии в популяции. Необходимо уточнение роли психологических особенностей в происхождении и течении различных форм психосоматических функциональных заболеваний. Разработку формуляров психосоматических функциональных заболеваний следует продолжить.

Чрезвычайно актуальным направлением является внедрение технических средств объективизации оценки эффективности психотерапевтических методов лечения.

Предстоит с позиций доказательной медицины установить спектр причин хронизации некоторых форм психосоматической функциональной патологии, продолжить поиск новых немедикаментозных методов лечения, разработку двигательной активности при различных заболеваниях.

И наконец – настало время, чтобы наряду с такими узкими специалистами, как аллерголог, ревматолог, гематолог и др., появился такой специалист, как специалист по психосоматическим заболеваниям у детей, знающий не только «сому» (в пределах педиатрии), но и психику ребенка (в пределах детской психиатрии и возрастной клинической психологии).

Надеемся, что представленная книга послужит хорошим подспорьем в работе педиатров, клинических психологов и психотерапевтов.



ИНСТИТУТ ПСИХОТЕРАПИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Свидетельство о гос. аккредитации № 25-2014 от 20.07.2005 г.

Гос. лицензия МО РФ № 169357 от 25.07.2005 г.

<http://www.psyinst.ru>; <http://www.psygrad.ru>; <http://www.psybook.ru>

127055, г. Москва, ул. Новолесная, д. 6 «Б», стр. 1

☎/факс: (495) 987-44-50 (многоканальный, с 10 до 20 час.)

ПОСЛЕДИПЛОМНАЯ ПЕРЕПОДГОТОВКА ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

для работы в системе здравоохранения и частной практики
с выдачей государственного диплома о профессиональной
переподготовке по специальности «Клиническая психология»

ПСИХОЛОГ ⇒ КЛИНИЧЕСКИЙ ПСИХОЛОГ

*В соответствии с Приложением № 2 приказа МЗ РФ № 438 от 16.09.2003 г.,
медицинский (клинический) психолог, работающий в учреждении
здравоохранения – это специалист с высшим психологическим
образованием по специальности клиническая психология (030302), либо
специалист с другим высшим психологическим образованием, прошедший
профессиональную переподготовку по клинической психологии*

*При работе в учреждениях здравоохранения клинические психологи
по разряду, оплате и льготам приравниваются к врачам*

Принимаются: психологи, педагоги-психологи, социальные и др. психологи,
бакалавры психологии, студенты 4, 5-го курсов факультетов психологии
(параллельно с основным обучением).

Формы обучения – очная, очно-заочная и вечерняя, от 9 до 16 месяцев.

Виды специализации при переподготовке:

Интегративный подход в психологической коррекции

Арттерапия

Гипноз эриксоновский и эриксоновская психотерапия

Детская и подростковая психологическая коррекция и психотерапия

Зависимого и созависимого поведения психологическая коррекция и психотерапия

Когнитивно-поведенческая психотерапия с курсом НЛП

Кризисных состояний и постстрессовых расстройств коррекция и психотерапия

Пренатальная и перинатальная психология и психотерапия

Психосоматических расстройств психологическая коррекция и психотерапия

Семейный психолог (специализация, включающая обучение системной семейной,
перинатальной, детской и подростковой, психологии и психотерапии)

Символдрама в психотерапии и психологической коррекции

Системная семейная психотерапия

Телесно-ориентированная психотерапия

Трансактный анализ и Терапия нового решения

Трансперсональная психотерапия

Экзистенциальная психотерапия

**С программы переподготовки, расписанием занятий можно
ознакомиться в Институте или на сайте <http://www.psyinst.ru>**

ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

обучающая программа для психологов и врачей
программа проводится в 2-х вариантах:

Дневное обучение – 3 модуля (ноябрь, март, июнь) по 14–17 дней, всего 376 часов.

Вечернее обучение (сокращенная программа) – занятия еженедельно по средам, с 18 до 21:15, всего 144 часа.

РАБОТА С ДЕТЬМИ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

- Введение в детскую клиническую психологию. Психологические особенности и основы психокоррекции детей раннего и дошкольного возраста.
- Арттерапия в работе с детьми.
- Игротерапия как основной метод работы с детьми раннего и дошкольного возраста.
- Нейропсихологическая диагностика и коррекция в раннем и дошкольном возрасте.
- Коррекция детско-родительских отношений в семьях с детьми дошкольного возраста.
- Отработка практических навыков в работе с детьми дошкольного возраста.

РАБОТА С ДЕТЬМИ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

- Психологические особенности и основы психокоррекции детей младшего школьного возраста.
- Нейропсихологическая диагностика и коррекция в младшем школьном возрасте. Адаптация к школе леворукого ребенка.
- Психологическая коррекция психосоматических расстройств у детей и подростков.
- Детская патопсихология.
- Психокоррекция детей с минимальной мозговой дисфункцией (ММД). Синдром дефицита внимания и гиперактивности как вариант ММД.
- Коррекция детско-родительских отношений в семьях с детьми младшего школьного возраста.
- Отработка практических навыков в работе с детьми младшего школьного возраста.

РАБОТА С ДЕТЬМИ СРЕДНЕГО ШКОЛЬНОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

- Психологические особенности возраста, индивидуальная и групповая работа с детьми среднего школьного возраста и подростками.
- Когнитивно-поведенческий подход в психотерапии детей школьного возраста.
- Кризисные состояния у детей и подростков (ПТСР, насилие, горе, суицидальное поведение, терминальные состояния).
- Психологическая коррекция детско-родительских отношений в семьях с подростками.
- Отработка практических навыков в работе с подростками.

ДОКУМЕНТЫ ПО ИТОГАМ ОБУЧЕНИЯ

Государственное свидетельство об усовершенствовании по данной теме с указанием пройденных семинаров получат врачи и психологи, прошедшие не менее 144 часов обучения.

Диплом о профессиональной переподготовке по психотерапии с указанием специализации по детской и подростковой психотерапии получат врачи психиатры при прохождении не менее 288 часов обучения.

Данная программа полностью включена в курс профессиональной переподготовки по клинической психологии со специализацией по детской и подростковой психотерапии и психологической коррекции. После переподготовки вы сможете получить диплом клинического психолога.

В интернет-магазине института имеются учебные видеофильмы по основным направлениям психотерапии, включая детскую психосматику www.psybook.ru

☎: 8 (499) 978– 87 69 (с 10:30 до 19:00)

И. П. Брызгунов и др.

ПСИХОСОМАТИКА У ДЕТЕЙ

Главный редактор: *Бутенко Г. П.*
Редакторы: *Илионова Т., Кириллова Ю.*
Дизайнер обложки: *Зотова Н.*
Компьютерная верстка: *Алина Г.*
Корректор: *Чаркова Н.*

Подписано в печать 20.02.2009.
Формат 60 x 90/16.
Печать офсетная. Печ. л. 30.
Тираж 3000. Заказ № 1563.

ООО «ПСИХОТЕРАПИЯ»:

129337, Москва, ул. Красная сосна, д. 24.
Тел./факс: (495) 988 – 6429, (499) 188 – 1932
E-mail: psybook@list.ru или psybook@narod.ru

ОТДЕЛ ОПТОВЫХ ПРОДАЖ:

(495) 988 – 6429, (499) 188 – 1932
(8-963) 712 – 3381

<http://www.optbook.narod.ru>

Отпечатано в полном соответствии
с качеством предоставленных диапозитивов
в ОАО ордена «Знак Почета»
«Смоленская областная типография им. В. И. Смирнова».
214000, г. Смоленск, пр-т им. Ю. Гагарина, 2.

Издательство «Психотерапия»
129337, Москва, а/я 70
E-mail: psybook@list.ru или psybook@narod.ru



Брызгунов Игорь Павлович – доктор медицинских наук, профессор, специалист в области педиатрии, детской кардиологии, психосоматических заболеваний, организации здравоохранения. Сертифицированный психотерапевт. Отличник здравоохранения СССР. В настоящее время заведует лабораторией психосоматической функциональной патологии в НИИ педиатрии РАМН.

В книге обобщен многолетний опыт работы педиатров с психосоматическими заболеваниями и симптомами. Бронхиальная астма, повышенное давление, головные боли, боли в животе, обмороки, ночной энурез, ожирение, синдром хронической усталости и пр. – все они могут являться следствиями психотравмирующего опыта ребенка.

Наряду с рекомендациями по использованию лекарственных препаратов и оздоравливающих процедур в книге описываются различные способы психотерапевтической работы: гипнотерапия, игровая терапия, групповая терапия, работа с родителями, медитация, аутотренинг и др.

Приводятся многочисленные психодиагностические методики и методики для отслеживания эффективности терапии. Все это делает книгу комплексной и многофункциональной.

Книга предназначена для педиатров и детских психотерапевтов, для консультантов-психологов, для студентов психологических и медицинских факультетов, а также для родителей, углубленно интересующихся проблемами здоровья своих детей.

