

СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Olivia Fiertag, Sharon Taylor,
Amina Tareen, Elena Garralda

Телесные (соматические) симптомы чрезвычайно распространены среди детей и подростков, которые часто испытывают трудности с выражением собственных чувств и эмоций посредством языка. В этой связи психологический дистресс может проявляться физическими (соматическими) симптомами. Родители обычно осознают, что их дети иногда испытывают соматические симптомы, если чем-то обеспокоены или пытаются чего-то избежать. Большинство родителей, естественно, будут минимизировать важность этих симптомов и необходимость установления причины их возникновения. Такая тактика способствует тому, что дети обучатся справляться с повседневным стрессом. Тем не менее, несмотря на это, иногда симптомы приобретают устойчивый характер. Считается, что от 2 до 10% детей в общей популяции жалуются на разнообразные боли и страдания (например, боли в желудке, суставах, головные боли), которые нельзя объяснить с медицинской точки зрения. Термин – «необъяснимые с медицинской точки зрения симптомы» относится ко всем рецидивирующим и причиняющим беспокойство телесным симптомам, которые нельзя объяснить объективно подтвержденным соматическим заболеванием. Необъяснимые физические симптомы могут вызывать незначительные трудности, однако, время от времени, они приводят к психологическим проблемам, нарушению функционирования и обращению за медицинской помощью, как в случае соматоформных расстройств.

Функциональные нарушения у детей с соматическими симптомами, необъяснимыми с медицинской точки зрения, могут возникать в любом возрасте и достигать разной степени тяжести. Сами симптомы, особенно если они носят множественный характер, как правило, связаны с психологическими проблемами. Получены научные данные о том, что даже у детей младшего дошкольного возраста, с соматическими симптомами значительно чаще, возникают поведенческие и эмоциональные проблемы, которые приводят к тому, что дети не посещают детский сад и попадают на прием к врачу (Domenech-Llaberia et al, 2004). У таких детей также отмечается высокий риск возникновения дополнительных соматических симптомов и психологических затруднений в более позднем или подростковом возрасте.

Соматические и психологические симптомы взаимодействуют между собой по-разному, и в реальности не существует болезней исключительно соматических или психологических, ведь нельзя отделить тело от разума. Особенно важно рассматривать психологический дистресс, как основной механизм возникновения расстройства у пациентов с частыми соматическими симптомами, необъяснимыми с медицинской точки зрения, но не только у них. Данная глава посвящена психическим расстройствам, которые проявляются соматическими симптомами. В Таблице I.1.1 представлен широкий диапазон возможных взаимосвязей между соматическим и психологическим аспектами.

Таблица I.1.1 Пути взаимодействия физических и психологических аспектов заболеваний

Характер взаимосвязи	Пример
Психологический дистресс / Психическое расстройство может проявляться соматическими симптомами	Ребенок, страдающий рецидивирующими болями в животе неорганического происхождения
Соматические осложнения психиатрических проблем	Ребенок с проявлениями печеночной недостаточности после намеренного причинения себе вреда путем передозировки парацетамола
Психиатрические последствия соматического заболевания и лечения	У ребенка с серповидно-клеточной анемией развивается депрессия в связи с ухудшением физического здоровья
Влияние психического расстройства на соматическое заболевание	Ребенок, страдающий диабетом и боязнью инъекций, отказывается от лечения, что приводит к прогрессированию заболевания

ЧТО ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ СОМАТИЗАЦИЯ?

Соматизация представляет собой совокупность характерных клинических и поведенческих свойств, указывающих на то, что личность переживает психологический дистресс и выражает его через физические (соматические) симптомы, которые нельзя объяснить наличием соматической патологии; данный субъект приписывает эти симптомы телесному заболеванию, что заставляет его обратиться за медицинской помощью. При соматизации продуцирование симптомов, как правило, не поддается сознательному контролю, однако у детей и подростков крайне сложно установить уровень сознательного контроля.

Соматоформные расстройства

Текущие диагностические руководства (DSM-IV и МКБ-10) пересматривают и есть основания полагать, что в новых редакциях (их публикация ожидается в 2013 г.) соматоформные расстройства будут определены по-новому. Ниже будет описан текущий классификационный статус этих расстройств. Соматоформные расстройства в DSM-IV описывают как имеющие:

- Соматические симптомы, указывающие на наличие заболевания; однако не удается выявить какое-либо заболевание внутренних органов, психическое расстройство или злоупотребление психоактивными веществами, которым можно было бы объяснить эти симптомы
- Симптомы приводят к значительному дистрессу или нарушению функционирования в социальной, профессиональной или других сферах
- Симптомы не вызываются намеренно.

Таблица I.1.2 Критерии диагностики соматизированных расстройств, часто встречающихся у детей и подростков

МКБ -10	DSM-IV
Соматоформные расстройства	
<ul style="list-style-type: none"> • Множественные, рекуррентные и часто меняющиеся соматические симптомы на протяжении, как минимум, двух лет • Большинство пациентов имеют длительную историю контактов со специалистами как первичной медицинской помощи, так и специализированной, во время которых были проведены множественные обследования, завершившиеся негативным результатом • Симптомы могут относиться к любой части или системе тела • Течение расстройства хроническое и подвержено колебаниям • Часто связано с нарушением социального, межличностного и внутрисемейного поведения. 	<ul style="list-style-type: none"> • Физические симптомы указывают на наличие соматического заболевания. Тем не менее, не удается обнаружить какое-либо заболевание внутренних органов, злоупотребление психоактивными веществами или другое психическое расстройство, которым можно было бы объяснить эти симптомы • Симптомы вызывают значительный дистресс или нарушение функционирования в социальной, профессиональной или другой сфере • Соматические симптомы не вызываются намеренно • Никакое из диагностируемых соматических заболеваний не может объяснить наличие имеющихся симптомов
<p>F 45.4: Хроническое соматоформное болевое расстройство</p>	<p>Болевое расстройство (Связанное с психологическими факторами: 307.80; Связанное с психологическими факторами и соматическим заболеванием: 307.89)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Ведущей жалобой является постоянная, тяжелая и психически угнетающая боль • Эта боль не может быть полностью объяснена физиологическим процессом или соматическим расстройством • Боль появляется в сочетании с эмоциональным конфликтом или психологическими проблемами, которые могут быть расценены как главная причина • Результатом обычно является отчетливое усиление поддержки и внимания, как со стороны отдельных лиц, так и медицинских работников. 	<ul style="list-style-type: none"> • Доминирующим клиническим проявлением является боль в одном или нескольких анатомических участках, достигающая степени тяжести, достаточной для того, чтобы привлечь клиническое внимание • Боль приводит к клинически значимому дистрессу и нарушениям в социальной, профессиональной или других важных сферах функционирования • Считается, что психологические факторы играют важную роль в возникновении, достижении определенной степени тяжести, обострении или поддержании боли • Симптом или нарушение не вызывается намеренно или симулируется • Боль не объясняется лучше эмоциональным, тревожным или психотическим расстройством.

МКБ -10	DSM-IV
<p>F 44: Диссоциативные [конверсионные] расстройства</p> <ul style="list-style-type: none"> • Частичная или полная потеря нормальной интеграции между памятью на прошлое, осознанием идентичности и непосредственных ощущений, с одной стороны, и контролем движений тела с другой (имеются дополнительные конкретные указания для клинических проявлений каждого из типов диссоциативных расстройств: например, диссоциативная амнезия, fuga, ступор или двигательные диссоциативные расстройства) • Медицинский осмотр и обследование не подтверждают наличия какого-либо из известных соматических или неврологических расстройств • Имеются доказательства психологической причинной обусловленности в форме четкой связи во времени с вызывающими стресс жизненными событиями и проблемами или ненормальными взаимоотношениями (даже если таковые отрицаются индивидом) • Следует всегда иметь в виду вероятность возникновения в дальнейшем серьезных соматических или психиатрических расстройств. 	<p>300.11: Конверсионное расстройство</p> <ul style="list-style-type: none"> • Один или больше симптомов, или дефицитов, затрагивающих произвольные двигательные или сенсорные функции, дающие основания предполагать неврологическое или другое соматическое заболевание • Считается, что психологические факторы связаны с симптомами или утратами функций, поскольку их возникновению или обострению предшествуют конфликты или другие стрессоры • Симптом или утрата функции не вызывается намеренно или симулируются • После проведения обследования, симптом или дефицит не может быть объяснен соматическим заболеванием, злоупотреблением психоактивными веществами или культурально санкционированным поведением или опытом • Симптом или утрата функции вызывает клинически значимое психологическое страдание или нарушение социальной, профессиональной или другой важной сферы функционирования, либо привлекает медицинское внимание • Симптом или дефицит не ограничивается болью, не возникает исключительно при соматизированном расстройстве и не может быть лучше объяснен другим соматическим расстройством.
<p>F48: Неврастения (синдром хронической усталости)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Устойчивые и причиняющие страдание жалобы на повышенную утомляемость после умственной работы, или устойчивые и причиняющие страдания жалобы на физическую слабость и истощаемость после минимальных усилий • По крайней мере, два из следующих симптомов: ощущение мускульных болей, головокружение, тензионная головная боль, нарушение сна, неспособность расслабиться, раздражительность, диспепсия • Любые имеющиеся вегетативные или депрессивные симптомы не настолько устойчивы и тяжелы, чтобы соответствовать критериям более специфических расстройств • Проявлениям этого расстройства свойственны значительные культуральные различия 	

В DSM-IV соматоформные расстройства подразделяются на соматизированное расстройство, недифференцированное соматоформное расстройство, конверсионное расстройство, болевое расстройство, ипохондрию, дисморфофобию и соматоформное расстройство, неуточненное (включая необъяснимые соматические жалобы, например, усталость). Диссоциативные расстройства (т.е., при которых отмечается нарушение интегрированных функций сознания, памяти, идентификации личности, восприятия) выделены в отдельную группу.

В МКБ-10 соматоформные расстройства описаны, как имеющие:

- Повторяющиеся проявления соматических симптомов, сочетающиеся с
 - настойчивыми требованиями проведения медицинских обследований, несмотря на повторные отрицательные их результаты и заверения врачей, что симптомы не имеют соматической природы
 - пациент часто противится попыткам обсуждения возможности психологической причинной обусловленности.

В МКБ-10 эти расстройства подразделены на *соматизированное расстройство, недифференцированное соматоформное расстройство, ипохондрическое расстройство, соматоформную дисфункцию вегетативной нервной системы, устойчивое соматоформное болевое расстройство* и *другие соматоформные расстройства*. Другие расстройства, для которых также характерна соматизация, как ключевой признак, такие как *диссоциативные расстройства* (конверсионное расстройство в DSM-IV) и *неврастения* (синдром хронической усталости) в МКБ-10 категоризированы отдельно.

Из всех этих соматоформных расстройств у детей и подростков наиболее часто встречаются – *устойчивое соматоформное болевое расстройство, диссоциативное / конверсионное расстройство и синдром хронической усталости (неврастения)*. Обзор специфических критериев этих расстройств изложен в Таблице I.1.2.

Время заболевания

Характерной тенденцией для соматоформных расстройств является частое обращение пациентов за помощью к специалистам первичного медицинского звена и педиатрам, так как эти расстройства проявляются физическими симптомами, и родители склонны приписывать их органическим, а не психологическим причинам. Поведение, направленное на поиск медицинской помощи, которое, как правило, сопутствует таким симптомам, нередко приводит к многократным (потенциально болезненным) медицинским обследованиям и назначению лечения до того, как выявляется психологическая природа расстройства. Родители часто скептически относятся к эффективности психиатрического или психологического обследования и могут продолжать поиски органической патологии. Чрезмерные исследования способствуют подкреплению убеждений пациента и его родственников в том, что существуют какие-то физические причины. Все это в результате может стать тяжелым бременем для пациента и его родственников, а также приводить к потере ресурсов. Дети, для того чтобы многократно посещать врачей, будут пропускать занятия в школе, а родителям, возможно, придется брать дополнительные выходные дни на работе для того, чтобы ухаживать за детьми и отводить их на прием к

врачу. Для того чтобы избежать огромного потенциального влияния на пациентов, их родителей, медицинские службы и общество в целом, следует проводить экспертную оценку обследования и лечения таких случаев.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Об истинной распространенности и заболеваемости разными соматоформными расстройствами известно мало. Тем не менее, эпидемиология соматических жалоб в целом, психосоматических факторов и необъяснимых с медицинской точки зрения симптомов документирована лучше.

Соматические жалобы, необъяснимые с медицинской точки зрения жалобы и психосоматические факторы

Известно, что необъяснимые с медицинской точки зрения жалобы наблюдаются у десяти процентов детей, обращающихся за помощью к врачам общей практики или в педиатрические клиники. Однако, если принять в расчет всех детей с соматическими жалобами, при которых врачи выявляют связанные с ними или способствующие им психологические факторы, то психосоматические факторы наблюдаются у 25–50% из них.

Научные исследования, проведенные в разных странах, обнаружили, что в среднем один ребенок из четырех, раз в неделю или в две недели предьявляет те или иные соматические жалобы. К наиболее частым таким жалобам относятся: боли в животе, мышцах или суставах, а также головные боли. Рекуррентные и причиняющие беспокойство соматические симптомы отмечаются у 2–5% детей и подростков (Garralda, 2005).

Соматоформные расстройства

В рамках проекта «Ранние стадии развития психопатологии» (англ. Early Developmental Stages of Psychopathology), реализованного в Германии, исследовалось возникновение соматоформных расстройств в возрасте от 14 до 24 лет. В результате этого исследования было обнаружено, что 12% в течение жизни страдали, по меньшей мере, одним соматоформным расстройством. Наличие соматоформного расстройства было связано с низким социально-экономическим статусом (за исключением болевого расстройства, которое было более вероятно у лиц с более высоким уровнем образования – университет) (Lieb et al, 2000).

Синдром хронической усталости

В США показатель распространенности симптомов синдрома хронической усталости среди детей и подростков в общей популяции оценивается в 2% (Jordan et al, 2000; Garralda & Chalder, 2005), однако полный синдром встречается значительно реже (0,19% в Соединенном Королевстве) (Chalder et al, 2003; Garralda & Chalder 2005). По всей видимости, имеет место неравномерное распределение синдрома хронической усталости в разных странах, при этом больше случаев описано в западных странах северного полушария.

Конверсионное расстройство

Распространенность конверсионного расстройства в мировом масштабе неизвестна. Однако проведенное в Австралии национальное мониторинговое исследование детей с диагнозом конверсионного расстройства в возрасте до 16 лет, показывает, что это редкое явление (распространенность составляет от 2.3 до 4.2 на 100 000 детей) (Kozłowska et al, 2007).

Функциональная боль в животе

Исследование, проведенное J. Appley (1975) обнаружило, что 10% (12% девочек, 9% мальчиков) детей в общей популяции перенесли, как минимум, три эпизода функциональной боли в животе, достигающих степени тяжести, достаточной для того, чтобы нарушить активность и функционирование в течение трехмесячного периода, хотя только у нескольких из этих детей нарушения достигали степени, ожидаемой при клинических соматоформных расстройствах.

Возраст начала и пол

Большинство болевых и недифференцированных расстройств начинаются в детском и раннем подростковом возрасте. Тем не менее, для конверсионного расстройства характерно более позднее начало, с показателем среднего возраста начала – 16 лет. Частота абдоминальных симптомов возрастает в возрасте от трех до девяти лет с дальнейшим постоянным ее увеличением до подросткового возраста. Головные боли наблюдаются значительно реже в дошкольном возрасте, чем в более позднем и у подростков. У девочек болевое расстройство начинается в 11 – 19 лет, тогда как у мальчиков возраст начала – до 13 лет (Lieb et al, 2000). В целом, соматические симптомы и соматоформные расстройства более распространены среди девочек, чем среди мальчиков.

ЭТИОЛОГИЯ

Соматизация чаще всего вызывается сочетанием факторов. В качестве предрасполагающих, провоцирующих и поддерживающих соматизацию предложены разнообразные индивидуальные, семейные и средовые факторы. Все они представлены в Таблице I.1.3.

Индивидуальные факторы

Люди с впечатлительным, добросовестным или тревожным характером более восприимчивы к развитию симптомов соматизации в детском возрасте. К группе повышенного риска относятся также лица с тревожной и эмоциональной лабильностью в анамнезе. К провоцирующим факторам относятся социальные стрессоры, такие как грубые комментарии по поводу успеваемости в школе или взаимоотношений, о чем свидетельствует связь во времени между этими стрессорами и развитием симптомов. Объективно стрессоры могут не быть особо тяжелыми; тем не менее, в сочетании с восприимчивым и тревожным темпе-

Таблица 1.1.3 Факторы риска соматизации у детей и подростков

Индивидуальные	<ul style="list-style-type: none"> • Личный опыт соматического заболевания • Повышенное внимание к физическим ощущениям • Добросовестные, ранимые, чувствительные, тревожные личности • Особая обеспокоенность взаимоотношениями со сверстниками • Ориентация на высокие достижения
Семейные	<ul style="list-style-type: none"> • Проблемы с физическим здоровьем • Проблемы с психическим здоровьем • Соматизация у родителей • Чрезмерная эмоциональная вовлеченность • Ограничения возможности обсуждать эмоциональные проблемы
Средовые	<ul style="list-style-type: none"> • Стресс, связанный с жизненными событиями, например, школой, поддразниванием или буллингом • Академическая нагрузка

раментом они интерпретируются как экстремальные и их вполне достаточно для того, чтобы спровоцировать возникновение эпизода заболевания. В такой роли могут выступать даже простые жизненные события. Например, оказалось, что дети дошкольного возраста с частыми соматическими симптомами гораздо острее переживают обычные жизненные события (например, рождение младшего сиблинга), по сравнению с детьми, не имеющими таких симптомов. В некоторых случаях соматизация может возникать сразу после перенесенного недавно соматического заболевания (например, тяжелая функциональная боль в животе после гастроэнтерита; синдром хронической усталости после инфекционного мононуклеоза; физическая травма, предшествующая потере функции конечности при конверсионном расстройстве; эпизод потери сознания перед развитием псевдо-судорожных приступов). Особое внимание нужно также обратить на наличие других стрессоров, таких как жестокое обращение или стресс, связанный с пребыванием в школе, и влиянии на ребенка. Перенесенное жестокое обращение может как предрасполагать к возникновению расстройства, так и провоцировать эпизод заболевания, хотя, по всей видимости, это в большей степени фактор риска для взрослых, чем для детей. Поддержание симптомов соматизации может быть обусловлено чертами характера ребенка (например, восприимчивость, тревога) и последующими сложностями с адаптацией к повседневным проблемам, связанными с такими чертами.

Семейные факторы

Развитию у ребенка симптомов соматизации могут способствовать тревожные, гиперопекающие, чрезмерно эмоциональные семьи с высоким уровнем дистресса у матери. В тех семьях, в которых имеются проблемы со здоровьем,

необъяснимые с медицинской точки зрения симптомы у ребенка могут быть зеркальным отражением болезни одного из родственников (например, потеря подвижности у ребенка в семье, где один из родителей страдает параличом после перенесенной травмы в результате несчастного случая). Кроме того, если в семье имеют место проблемы с физическим здоровьем, соматизированные расстройства у кого-либо из членов семьи, или наблюдается поведение, характеризующееся чрезмерно частым обращением за медицинской помощью, то в таком случае это может способствовать возникновению симптомов у ребенка за счет повышенного внимания к такому типу поведения и посредством моделирования.

Хроническая стрессовая ситуация в семье (например, супружеская дисгармония, постоянные проблемы с учебой в школе) может способствовать поддержанию необъяснимых симптомов у ребенка, а также их повторному возникновению. Дистресс у родителей, связанный с наличием у ребенка симптомов, а также его частые жалобы, заостряют внимание на самих симптомах, снижают вероятность использования альтернативных стратегий решения проблем, таких как отвлечение внимания, и подкрепляют соматизированное поведение ребенка. В семье может доминировать убеждение, что в основе имеющихся у ребенка проблем лежат органические причины и, если родители не принимают психологическое объяснение, то могут проявлять резистентность к психологическим методам лечения, что в свою очередь повышает вероятность сохранения симптомов.

Вполне вероятно, что имеющаяся у ребенка соматизация будет влиять не только на него самого, но и на функционирование семейной ячейки. Так, например, это может приводить к тому, что родители будут сокращать время, предназначенное для отдыха, вынуждены брать на работе дополнительные выходные, следствием чего могут быть финансовые проблемы. Семьи могут нуждаться в реорганизации повседневной деятельности, для того чтобы приспособиться к уходу за больным ребенком, что может повышать уровень стресса в семье.

Факторы окружающей среды

Проблемы, связанные со школой, в виде академических нагрузок, трудности во взаимоотношениях со сверстниками и учителями и, особенно, буллинг очень часто встречаются у детей с симптомами соматизации и могут выступать в роли предрасполагающих или провоцирующих факторов. Такие дети обычно очень восприимчивы к социальным взаимодействиям и имеют высокие ожидания в отношении успеваемости. Этот стресс может проявить себя как неспособность к учебе из-за симптомов, а пропуски занятий в школе могут еще больше ухудшить ситуацию. Такие дети часто чувствуют себя растерянными, непонятыми, злятся и болезненно реагируют на предположения других, что они пытаются прогуливать школу. Эти сложности часто приводят к дополнительным пропускам занятий в школе и, если такие дети перестают посещать школу, то сразу могут начать переживать из-за этого сильную тревогу, что способствует сохранению проблемы.

ДИАГНОСТИКА

Следует думать о соматизации, если:

- Существует связь во времени между психологическими стрессорами и физическими симптомами
- Природа, тяжесть симптомов или вызываемый ими физический недостаток не согласуется с патофизиологией
- Имеет место сопутствующее психическое расстройство.

Первым, по всей вероятности, у кого на приеме окажется большинство детей, будет семейный врач, врач общей практики или педиатр. Обычной диагностической оценки, обследования и уверения в том, что отсутствует какое-либо поддающееся лечению соматическое заболевание, часто вполне достаточно для того, чтобы ослабить обеспокоенность ребенка и добиться улучшения состояния без необходимости в дальнейших вмешательствах. Тем не менее, иногда симптомы сохраняются.

Дети и семьи с частыми, устойчивыми симптомами и высоким уровнем тревоги могут быть направлены в специализированную службу. Учитывая природу этих проблем, при проведении оценки на этом этапе особое внимание должно быть уделено как физическим, так и психологическим способствующим и поддерживающим факторам. В данном случае лучше всего использовать био-психо-социальную схему, которая позволяет оценить относительный вклад биологических, психологических, семейных и социальных факторов. Однако, если симптомы сохраняются даже после



«Больная девочка». Эдвард Мунк (1885). Национальная галерея, Осло

оценки такого уровня и вмешательства, которое включает в себя целенаправленное воздействие на выявленные био-психо-социальные факторы, или если симптомы чрезвычайно тяжелые, или есть сомнения в отношении диагноза, то такого ребенка следует направить в психиатрическое учреждение.

Направление в психиатрическое учреждение следует осуществлять очень осторожно, с признанием наличия симптомов – многие дети и их родители в этих обстоятельствах боятся, что их не принимают всерьез, и что направление в психиатрическое учреждение означает, что никто не верит в их симптомы. Во время проведения психиатрической оценки крайне важно выяснить точку зрения ребенка и родителей на заболевание. Многие родители все еще могут продолжать искать органические причины, таким образом, важно рассмотреть все соматические симптомы, исследовать возможные психологические объяснения и помнить о том, что физические и психологические причины могут присутствовать одновременно. Психиатрическая оценка должна включать в себя историю развития и психиатрический анамнез, обследование психического состояния и семейного функционирования. Эффективными могут быть психометрические методы исследования, особенно когда необходимо определить существует ли несоответствие между ожиданиями ребенка в отношении достижений в учебе и реальными способностями. Необходим детальный школьный анамнез, включая дни непосещения школы из-за симптомов.

Даже после психиатрической оценки и проведения интервенции многие семьи могут не воспринимать психологические объяснения и хотеть продолжить дальнейшие обследования. Как можно раннее вовлечение семьи в процесс диагностики и работа над достижением общего видения проблемы имеет жизненно важное значение до того, как будет назначено эффективное лечение. Быстрое и точное выявление и формулирование диагноза соматизации может улучшать прогноз, тогда как ошибочная диагностика или промедление может негативно влиять на прогноз, семью и социальное бремя.

Главные клинические признаки

Наиболее распространенными соматическими симптомами являются рекуррентные боли в животе, мышечно-скелетные боли и головные боли, однако разнообразные симптомы могут присутствовать одновременно.

Устойчивое соматоформное болевое расстройство

Боль в животе, головные боли, боли в суставах и другие боли и страдания могут быть проявлениями устойчивого соматоформного болевого расстройства, в том случае, если боль устойчивая, мучительная, причиняет психологические страдания и возникает в связи с этиологически значимыми психологическими стрессорами. Как правило, функциональная боль в животе имеет характер диффузной или околопупочной интенсивной боли. У боли отмечается тенденция к усилению в течение дня, она не возникает ночью и во время школьных каникул. Она может сопровождаться нарушением ритма дефекации, рвотой, головными болями, вялостью и ребенок может выглядеть бледным, что может подкреплять убеждения родителей о наличии органической патологии.

Если имеют место головные боли, то, вероятнее всего, это будут головные боли напряжения (частые, билатеральные, как правило фронтальные боли, которые описываются как ощущение сдавливания каской), но иногда они могут сочетаться с приступами мигрени (периодические, тяжелые, унилатеральные боли, сопровождающиеся аурой, тошнотой и с семейным анамнезом).

Синдром хронической усталости или неврастения

Синдром хронической усталости наиболее часто начинается с острого гриппоподобного заболевания или инфекционного мононуклеоза. Он может иметь бессимптомное, постепенное начало, колеблющееся течение, характеризующееся



Перейдя по данной ссылке: <https://www.youtube.com/watch?v=wRPyBrTPCtY&feature=relmfu>, вы можете прослушать рассказ 15-летней Софи о ее синдроме хронической усталости.

физической и психической усталостью, и истощаемостью после сравнительно незначительных психических и физических усилий. Усталость не исчезает после отдыха и сопряжена со снижением способности справиться с ней, а также отказом от повседневной активности. Молодые люди будут, вероятно, жаловаться на головные боли, проблемы со сном, другие боли и страдания, проблемы с концентрацией, головокружение, физическую слабость, резкую смену настроения и беспокойство по поводу ухудшения физического и психического здоровья. Усталость имеет хронический характер и ее нельзя объяснить какой-либо болезнью, как в случае усталости, связанной

с сопутствующим соматическим заболеванием. Часто имеет место коморбидная психопатология, в частности, тревога и депрессия. Как правило, к моменту диагностической оценки семья уже получила разнообразные медицинские заключения, и ребенку были выставлены несколько диагнозов. Функциональные нарушения часто сохраняются необычно долго с длительным отсутствием на занятиях в школе и продолжительными периодами постельного режима (Garralda, 1996; Garralda & Chalder, 2005).

Диссоциативное (конверсионное) расстройство

Эти расстройства проявляются частичной или полной утратой телесных ощущений или движений; наиболее частыми симптомами является потеря или нарушение моторной функции и псевдоприпадки. Реже у детей могут наблюдаться: потеря зрения, слуха, чувствительности, сознания; фуга или мутизм. Симптомы часто вызваны травматическим событием и обычно ослабевают через несколько недель или месяцев. Однако *прекрасное безразличие* (*belle indifference*), под которым подразумевается отсутствие озабоченности симптомами, встречается у детей не особенно часто.

Псевдоприпадки

Псевдоприпадки – это припадки, которые не имеют типичных для эпилептических припадков признаков и не сопровождаются патологическими изменениями на ЭЭГ. Псевдоприпадки чаще встречаются в западных странах и могут быть распространенным явлением в некоторых культурах. При осмотре 883 пациентов в специализирующейся на лечении эпилепсии педиатрической клинике,

у 15% имелись неэпилептические пароксизмальные эпизоды. Из них, в процентном соотношении количество пациентов с псевдоприпадками составило 3% – у детей дошкольного возраста, 43% – у детей в возрасте от 5 до 12 лет, и 87% – у 12–18-летних. Псевдоприпадки и эпилепсия могут существовать одновременно, однако среди больных эпилепсией такие пациенты составляют малочисленную группу. Так, например, Kotagal et al (2002) сообщали, что у 11 (1,5%) из 746 детей, страдающих эпилепсией, отмечались психогенные припадки. Псевдоприпадки могут быть похожи на истинные эпилептические припадки, что приводит к отсрочке диагноза.

Дифференциальный диагноз

Симптомы, наблюдаемые при соматоформном расстройстве, например, соматические жалобы и пропуски занятий в школе, могут иметь место при целом ряде психических расстройств, таких как:

- Тревожное расстройство, вызванное разлукой, школьная фобия и отказ от школы, а также другие тревожные расстройства
- Нарушения пищевого поведения (например, нервная анорексия)
- Депрессивное расстройство
- Элективный мутизм
- Симулятивное расстройство (делегированный синдром Мюнхгаузена, придуманные или специально вызванные у ребенка болезни).

Коморбидность

Коморбидные психические расстройства могут предшествовать развитию соматических нарушений, но чаще всего развиваются параллельно течению соматоформного расстройства. Среди направленных на лечение детей, от 1/3 до 1/2 пациентов могут страдать сопутствующим психическим расстройством; а в случае синдрома хронической усталости это соотношение может достигать 3/4 пациентов. Наиболее распространенными коморбидными состояниями у детей школьного возраста являются тревога и депрессия. Коморбидное расстройство дефицита внимания и гиперактивности и оппозиционно-вызывающее расстройство – также довольно частое явление, особенно среди мальчиков.

В исследовании ранних стадий развития психопатологии (Early Developmental Stages of Psychopathology study (Lieb et al, 2000)) сообщалось, что у лиц позднего подросткового и юношеского возраста (а) конверсионные расстройства ассоциировались с нарушениями пищевого поведения и (б) болевые расстройства ассоциировались с депрессией, паническим расстройством и посттравматическим стрессовым расстройством. Было обнаружено, что степень нарушения повышалась по мере увеличения числа коморбидных расстройств.

В исследовательских диагностических критериях для таких состояний, как синдром хронической усталости, наличие психических расстройств, таких как

ФУГА

Фуга чрезвычайно редко наблюдается у детей. Диссоциативная или психогенная fuga – это редкое расстройство, которое характеризуется тотальной или частичной обратимой потерей способности вспомнить (амнезия) информацию о себе и воспроизвести воспоминания. Как правило, fuga проявляется, как незапланированное путешествие или блуждание далеко от дома. Состояние обычно кратковременно (от нескольких часов до нескольких дней), но иногда может длиться несколько месяцев и даже дольше.

нервная анорексия, является критерием исключения. Тем не менее, соматоформные расстройства очень часто присутствуют одновременно с другими психическими диагнозами. Соматоформное расстройство следует считать основным диагнозом, в том случае, если:

- Соматические симптомы более выражены, чем эмоциональные или поведенческие
- Соматические симптомы – главная причина нарушения функционирования
- Имеют место необоснованные убеждения в наличии соматического заболевания и многократные обращения за медицинской помощью.

Сара

У Сары отмечалась внезапная и полная потеря движений в руках и ногах и головные боли. Ей был поставлен диагноз конверсионного расстройства, несмотря на наличие операбельной опухоли головного мозга. Все имевшиеся у нее симптомы исчезли после общих соматических и психиатрических вмешательств, проведенных до хирургической операции – хирурги не были готовы оперировать до тех пор, пока не исчезнут симптомы, что, к счастью, и произошло, причем они исчезли полностью. Ниже приведены высказывания ее родителей:

«Нашей дочери скоро должно было исполниться пятнадцать лет и, похоже было, что она радуется жизни. У нее было много друзей, она хорошо успевала в школе и демонстрировала большой и живой энтузиазм в учебе и в играх. После семейного отдыха за рубежом появились жалобы на сильные боли в спине. Затем это развилось в пульсирующие головные боли и неспособность двигать руками и ногами. На момент поступления в больницу было ясно, что некоторые из наблюдавшихся симптомов не имеют физического происхождения. Но это не означало, что проблема была менее реальной, она скорее была более сложной.

Нам было сложно сказать, что спровоцировало такое поведение. Отсутствовали какие-либо объективные причины; дедушка и бабушка умерли, но это произошло несколько лет назад и умерли они в достаточно преклонном возрасте, не было также каких-либо явных признаков насилия или травмы. Единственное, что мы могли предположить, так это то, что, видимо, это связано с проблемами, специфическими для периода полового созревания и подросткового возраста, которые не обсуждаются в открытом разговоре между родителями и детьми. Итак, мы стояли на берегу полузабытого моря, наполовину вспоминая что-то из собственного подросткового возраста, находясь в растерянности и недоумении и не понимая, какое это могло иметь отношение к этим симптомам.

Следует подчеркнуть, что мы получили огромную поддержку со стороны команды медицинских работников. Наша дочь прошла курс физиотерапии, часто осматривалась педиатрами и проходила многочисленные беседы с детским психиатром. Ее жизнь была исследована с психологической, семейной и социальной стороны. В итоге было обнаружено физическое явление – опухоль мозга. Этот диагноз привел к быстрому смягчению симптомов. Возможно (или вероятно), что диагноз физического заболевания предоставил нашей дочери возможность отказаться от симптомов, не теряя при этом престижа. Несомненно, ее симптомы служили определенной цели. У нас процесс определенно начался с симптомов и отсутствия физической причины, а завершился с физической причиной, но без симптомов – странная последовательность».

Этот пример иллюстрирует сложность многих таких расстройств, и тот факт, что такой диагноз, как конверсионное расстройство может сосуществовать с физическим заболеванием, где соматическое заболевание не связано с симптомами, а способствующие психологические факторы выявляются при психиатрической оценке.

Соматоформные расстройства могут также сочетаться с органическими патологическими состояниями. Если присутствует соматическое заболевание, необходимо установить, какие из симптомов соответствуют этому заболеванию, а какие с большей степенью вероятности могут быть приписаны психологическим стрессорам или расстройству.

Проведение дифференциации между разнообразными потенциальными диагнозами, выявление коморбидных расстройств и начало оказания помощи может оказаться сложной задачей, особенно в тех случаях, когда биологические и психологические симптомы присутствуют одновременно, например, у ребенка, у которого одновременно наблюдаются псевдоприпадки и эпилептические припадки.

Оценочные шкалы

Инструменты, используемые для измерения соматических симптомов и функциональных нарушений эффективны как при проведении диагностической оценки, так и при мониторинге динамики. Дневники симптомов, адаптированные к клиническим симптомам пациента, также очень полезны. Используя дневник симптомов для того, чтобы фиксировать их тяжесть и частоту в динамике по времени, можно составить графическую диаграмму, чтобы визуально продемонстрировать пациенту, что происходит улучшение состояния, даже если ранее субъективно это не замечалось. Такая визуализация может помочь в поддержании терапевтического оптимизма и мотивации. Кроме того, использование шкал может способствовать дальнейшему вовлечению в лечение и реабилитацию. Некоторые из этих шкал представлены в Таблице I.1.4. Полезной может быть также оценка депрессивных и тревожных симптомов с помощью соответствующих шкал, если такие симптомы присутствуют.

Таблица I.1.4 Оценочные шкалы*

Оценочная шкала	Что она измеряет?	Комментарии
Шкала соматизации у детей (Child Somatization Inventory)	35 симптомов и их тяжесть в последние две недели перед проведением оценки	Выявляет связанные с соматизированным расстройством симптомы и степень их тяжести
Индекс функциональной недееспособности (Functional Disability Index)	Функциональная недееспособность при ходьбе, подвижности, выполнении повседневных домашних дел, проведении досуга, в общественной деятельности	Оценивает наличие и степень тяжести ассоциированных нарушений
Шкала самооценки усталости Чалдера (Chalder Fatigue Self-Report Scale (Chalder et al, 1993))	Признаки физической и психологической усталости	Оценивает симптомы усталости

* <http://sitemason.vanderbilt.edu/site/jnsciA/Questionnaires>

ЛЕЧЕНИЕ

Общие стратегии оказания помощи

После проведения диагностической оценки и исключения или подтверждения наличия соматических и психиатрических расстройств, следует сразу приступить к составлению плана лечения соматоформного расстройства. Первым шагом должно быть привлечение родителей. Эффективными могут быть следующие стратегии (некоторые из этих стратегий также будут полезны в процессе оценки – см. раздел, представленный выше):

- Постарайтесь понять, каких взглядов в отношении болезни придерживаются члены семьи, какова степень их убежденности в физической причине, удовлетворенности результатами обследований, а также что они думают по поводу направления в психиатрическое учреждение и лечения
- Не сомневайтесь в реальности симптомов
- Признайте, что пациенты страдают реальной болезнью, разрушающей их жизнь и влияющей на всю семью
- Исследуйте альтернативные объяснения симптомов
- Всесторонне обсудите любые беспокоящие семью опасения по поводу физического здоровья и результаты проведенных обследований
- Подробно обсудите физиологические механизмы, способствующие возникновению симптомов, например, контрактуры, как следствие иммобилизации
- Поставьте семье в известность о высокой распространенности симптомов, необъяснимых с медицинской точки зрения (2–10%). Это может помочь убедить родителей в отсутствии органической причины
- При обсуждении диагноза соматоформного расстройства или любого другого психиатрического диагноза старайтесь построить беседу так, чтобы не вызвать чувство смущения и не ввести в замешательство
- Подчеркните, что для выздоровления может потребоваться много времени, но большинство молодых людей очень хорошо справляются с этим
- Помогите семье и ребенку развить навыки, позволяющие справиться с симптомами и преодолеть функциональные нарушения.

Условия оказания помощи

Как уже отмечалось ранее, первичная диагностическая оценка и лечение инициируются специалистами первичного медицинского звена/общей практики или педиатрами, и уже на раннем этапе показано применение био-психо-социального подхода. Если симптомы не реагируют на такой уровень оценки и вмешательства, пациента следует направить в психиатрическое учреждение. Направление к психиатру может также быть полезно при неопределенности диагноза, при наличии коморбидного психиатрического расстройства, а также когда серьезные семейные проблемы препятствуют выздоровлению. Если рекомендовано направление в психиатрическое учреждение, направляющему врачу следует выяснить, как семья относится к психиатрической оценке, и обсудить с членами семьи все беспокоящие их вопросы еще до направления.

Специфические условия оказания помощи

Специфические подходы в лечении могут включать в себя индивидуальную психологическую работу, работу с семьей, контакты со школой и с социальными службами. Важное значение имеет координация действий всех терапевтов и специалистов, участвующих в процессе лечения, и добиться того, чтобы каждый из них работал над достижением единой цели. Лечение должно быть направлено на развитие партнерских взаимоотношений между ребенком, семьей и всеми специалистами, принимающими в нем участие, включая и учителей, особенно если одной из проблем является непосещение занятий в школе. Специфические стратегии будут отличаться в зависимости от природы соматоформного расстройства.

Психологические вмешательства

Специфика психологического лечения и частота контактов будут зависеть от природы расстройства. Вмешательства могут осуществляться врачами первичного медицинского звена, педиатрами, психиатрами или другими специалистами по охране психического здоровья. Тем не менее, существуют некоторые общие для всех вмешательств особенности, большинство из них будут включать в себя:

- Акцент на избавление от симптомов расстройства
- Мотивационные техники, специально направленные на то, чтобы стимулировать амбивалентных детей
- Совместный поиск приемлемого для ребенка пути достижения улучшения состояния
- Использование дневников для мониторинга изменения симптомов, нарушений и прогресса. Это может мотивировать пациента и семью к более активному вовлечению в процесс лечения
- Признание того факта, что реабилитация вначале может привести к ухудшению симптомов и связанных с ними проблем
- Разработку техник, направленных на специфические симптомы и нарушения (например, отвлечение, мышечная релаксация при головных болях, физические упражнения с постепенным увеличением нагрузок при мышечных проблемах и усталости, практические навыки управления псевдоприпадками)
- Разработку активных, фокусированных на проблемах стратегий и подходов
- Основанные на достижении цели программы поэтапной реабилитации с достижимыми, последовательными и согласованными целями
- Оценка ожиданий в отношении конечных целей, так как они могут быть нереалистично завышенными
- Гигиену сна и рекомендации по питанию
- Психологические вмешательства, такие как когнитивно-поведенческая терапия для сопутствующих эмоциональных расстройств
- Постепенное перекаldывание бремени ответственности с врача на родителей и пациентов
- Использование семейной работы для того, чтобы справиться с семейными факторами, которые могут способствовать возникновению симптомов или препятствовать избавлению от них.

Таблица 1.1.5 Элементы когнитивно-поведенческого семейного вмешательства

- Обсудите результаты обследований и обоснования для купирования боли
- Поощряйте самонаблюдение за болью
- Подкрепляйте хорошее поведение
- Развивайте здоровые навыки решения проблемы: релаксация, позитивный внутренний диалог, отвлечение внимания, позитивные мысленные образы
- Обучите навыкам решения проблем
- Поощряйте участие в повседневных занятиях
- Добейтесь ослабления внимания родителей к физическим симптомам
- При отсутствии симптомов переключите внимание родителей на организацию приятной совместной деятельностью

Семейная работа

Очень важно поощрять семьи к участию в составлении эффективного плана оказания помощи, следовательно, необходимо постоянно проявлять внимательное отношение к их проблемам. Семья играет ключевую роль в направлении ребенка на изучение новых стратегий решения проблем и в ослаблении поведения, которое может подкреплять симптомы. Семейная работа может быть направлена на психопатологию родителей, семейную дисфункцию и внутрисемейный стресс, которые могут способствовать сохранению проблем ребенка. Некоторые семейные проблемы вначале могут быть незаметны, поэтому по мере необходимости нужно проводить регулярные осмотры и применять дополнительные вмешательства. Когнитивно-поведенческая терапия оказалась эффективной при рекуррентной абдоминальной боли.

Медикаменты

Отсутствуют какие-либо специфические лекарственные препараты, лицензированные для применения при соматоформных расстройствах, хотя медикаменты могут быть показаны для лечения некоторых сопутствующих расстройств. Так, например, при соутствующей депрессии или тревоге может быть полезным назначение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, что нередко может облегчить осуществление реабилитационного процесса у некоторых детей.

Связь со школой

В снижении влияния связанного со школой стресса и решении проблемы конфликтных ожиданий между ребенком, семьей и учителями важное значение имеет тесная связь со школой. Целесообразно адаптировать школьную программу к конкретной ситуации, для того чтобы помочь ребенку справиться с его симптомами в условиях школы (например, сокращенное расписание занятий). В случае псевдоприпадков необходимо разработать четкий план оказания помощи, включающий способы ограничения их влияния на школьную жизнь. В тяжелых случаях, когда ребенок длительное время отсутствует на занятиях, следует организовать посте-

Джанин

Джанин, 10-летняя девочка, направлена в связи с тем, что в течение года она еженедельно доставлялась в отделение неотложной помощи с жалобами на множественные боли во всех суставах. Несмотря на всесторонние обследования, включая рентгенографию и МРТ, не было выявлено какой-либо органической патологии. За все это время Джанин пять раз накладывали гипсовые повязки, и в связи с этим она вынуждена была перемещаться с помощью кресла-каталки, несмотря на то, что никаких переломов не было диагностировано; это приводило к тому, что Джанин длительное время отсутствовала на занятиях в школе. При первом психиатрическом осмотре она испытывала крайние страдания из-за:

- Тяжелых болей во всем теле (показатель боли по соответствующей шкале составил девять баллов из десяти возможных)
- Буллинга в течение последнего года (этот факт обнаружился впервые при осмотре у психиатра)
- Увеличения массы тела
- Глубокой печали по поводу смерти бабушки, произошедшей три года назад («как будто это случилось вчера»).

Из-за имеющихся у нее болей и страданий Джанин пропустила много занятий в школе. Ее мать была убеждена, что дочь страдает еще не установленным физическим заболеванием, и была смущена тем, что ее «отослали» к психиатру на осмотр. Джанин и ее мать описывают себя как молчаливых и неразговорчивых, так как «разговоры только ухудшают положение». Таким образом, Джанин ничего не рассказывала о буллинге, и ни с кем не делилась своими чувствами, связанными со смертью бабушки. Ее мать справлялась со стрессом, «пряча голову в песок» и от случая к случаю употребляя алкоголь (следуя примеру некоторых из ее родственников).

Детский психиатр понимал, что в оказании помощи Джанин участвовало много людей. Кроме семейного врача, который ее направил, это были педагоги, персонал отделения экстренной медицинской помощи, а также психотерапевт, и всем им нужно было работать вместе с Джанин и ее семьей. Несмотря на то, что семья была убеждена, что Джанин страдает еще не установленным физическим заболеванием, детский психиатр и все, кто был

привлечен к оказанию девочке помощи, работали с Джанин и ее семьей по модели, которая объединяла психологические, биологические, семейные и социальные подходы. Джанин были предложены индивидуальные терапевтические сессии, использующие когнитивно-поведенческие техники, а также облегчающие выражение эмоций (включая и написание письма покойному дедушке), и такие, как позитивный внутренний диалог, исследование альтернативных объяснений ее болей, управление гневом, навыки решения проблем, упражнения по релаксации и отвлечению внимания при появлении болей. Кроме этого, были организованы семейные сессии, поощряющие мать Джанин к подкреплению хорошего поведения, к тому, чтобы она посвящала время оказанию помощи дочери в преодолении стресса, решению вместе с ней проблем, общалась с Джанин на другие, не касающиеся болей, темы, а также научилась оценивать серьезность симптомов.

Вскоре после первой сессии прекратились прежние еженедельные посещения отделения неотложной помощи. Таким образом, прекратился также бесполезный прием медикаментов и процедур. Когда Джанин спросили, что изменилось с момента начала лечения, она ответила, что овладела эмоциональным языком и почувствовала, что может безопасно говорить с другими людьми о своих страхах по поводу буллинга, а также сказала, что теперь знает, что разговоры были полезны, так как ее боли «уменьшились наполовину». Написание письма бабушке, так, как если бы он все еще жил, в котором она рассказала, как много он для нее значит, помогло Джанин справиться с горем. Она сказала, что ее боли и страдания уменьшились еще и потому, что она «стала более активной». Она могла держаться «несмотря на боль», и начала снова получать удовольствие от физической активности, благодаря отвлечению внимания и техникам релаксации, которым она обучилась. Джанин рассказала, что она «понемногу принимала боль», которая проходила на следующий день после выполнения упражнений. Мама Джанин добавила, что благодаря упражнениям суставы у Джанин продолжали работать, несмотря на то, что физические усилия причиняли ей страдания. Она рассказала также, что они с дочерью выключили телевизор, и начали общаться и играть вместе.

пенную реинтеграцию, с рассмотрением возможности направления в педиатрическое или психиатрическое учреждение с обеспечением обучения.

Госпитализация

- Рассмотрите возможность направления ребенка в стационар, если:
- У ребенка тяжелое нарушение
- Необходимо наблюдение (например, в случае припадков)
- Имеет место выраженная сопутствующая психопатология
- Амбулаторное лечение оказалось неэффективным.

Госпитализация может помочь разорвать круг чрезмерной тревоги и зависимости ребенка от родителей и сконцентрироваться на реабилитации. Специализированные стационарные вмешательства, основанные на мультидисциплинарном подходе, могут включать в себя психотерапию, рекомендации по питанию, трудотерапию, более интенсивную психологическую работу и семейное вмешательство.

Молодые люди обычно помещаются в педиатрическое или психиатрическое отделение, так как совмещенные педиатрические и психиатрические отделения встречаются редко. Семьи могут неохотно соглашаться на госпитализацию в психиатрическое учреждение, поэтому очень важно обсудить беспокоящие их вопросы и установки, чтобы организовать наилучший комплекс мер по оказанию помощи.

Связь с социальными службами

Всегда следует помнить о возможности жестокого обращения с ребенком и проблем с безопасностью. В редких случаях соматоформное расстройство будет выражением тяжелой семейной дисфункции или насилия над ребенком. Тесное сотрудничество и обмен информацией между всеми специалистами имеет существенное значение для предотвращения разных мнений относительно пациента и его семьи. Если члены семьи не хотят участвовать ни в каком из видов лечения ребенка, врачам следует решить, будет ли лучше в интересах ребенка пройти курс лечения отдельно от семьи. Это сложный вопрос, и его решение может потребовать тесного сотрудничества между врачами и специалистами в области защиты прав детей.

Группы поддержки для пациентов

Такие группы могут быть эффективным источником поддержки для семей. Однако некоторые из них могут придерживаться противоречивых взглядов и оказаться бесполезными в том случае, если убеждения членов группы подрывают стратегию лечения.

Эффективность лечения

Количество исследований, в которых изучалась эффективность лечения при соматоформных расстройствах ограничено. Подходы, упомянутые в данной главе, получили казуистическую поддержку их благоприятного влияния на пациентов из описаний отдельных случаев, опубликованных педиатрами и детскими психиатрами. Родители обычно очень признательны за помощь пациентам и семьям в пони-

мании связи между психологической и физической болью, и принято считать, что именно такое понимание играет ключевую роль в уменьшении боли и помогает пациентам справиться с ней. Наилучшей доказательной базой эффективности предполагают когнитивно-поведенческие семейные вмешательства при необъяснимой абдоминальной боли; в одном из исследований было показано, что по сравнению со стандартной медицинской помощью, когнитивно-поведенческие семейные вмешательства позволили добиться более выраженного уменьшения боли, значительного снижения частоты обострений, менее выраженного влияния на повседневную активность, равно как и более высокой степени удовлетворенности у родителей (Robins et al, 2005). В некоторых контролируемых исследованиях у взрослых была показана эффективность когнитивно-поведенческой терапии и постепенно увеличиваемых физических нагрузок при синдроме хронической усталости (Whiting et al, 2001), что выглядит весьма обнадеживающе.

Случай с Джанин, описанный в данной главе, позволяет получить представление о многих особенностях диагностической оценки и лечения. Кроме того, этот случай показывает, что, если поднимается вопрос о направлении на осмотр к психиатру, важно всегда помнить о том, что родственники могут почувствовать, что их просто «отсылают к другому специалисту, а не пытаются организовать им терапевтическую помощь» (De Shazer, 1985; Iveson, 2002).

Родители с ребенком могут пойти на прием только потому, что их об этом просит их педиатр, а не потому, что убеждены, что так будет правильно, что возможно может приводить к возникновению у них чувства неприятия и злости, направленного на врача, за то, что он посоветовал им обратиться к психиатру. В организационном плане этот случай показывает, что лечение не только помогает детям и их родителям лучше справиться с симптомами, но также и более эффективно обсуждать психологические проблемы.

Прогноз

Рекуррентные соматические симптомы в детском возрасте ассоциируются с психопатологией взрослых и повышенной распространенностью психических расстройств. Обнадеживает тот факт, что большинство детей с соматоформными расстройствами, наблюдаемых специализированными службами, выздоравливают в короткие сроки. Тем не менее, у некоторых пациентов симптомы могут оказаться устойчивыми, что в дальнейшем может приводить к развитию других психических расстройств (например, расстройства питания, тревожные расстройства). У незначительной части из них симптомы сохраняются и во взрослом возрасте.

Большинство молодых людей с синдромом хронической усталости, даже с выраженными нарушениями, в конечном итоге, либо полностью выздоравливают, либо их состояние улучшается настолько, что они способны жить почти нормальной жизнью (Rangel et al, 2000). Тем не менее, отсутствие на занятиях в школе может длиться дольше года, и поэтому для достижения полного выздоровления может понадобиться больше трех лет. Кроме того, предполагается, что даже после выздоровления у этих пациентов сохраняется высокий риск развития в дальнейшем психиатрических расстройств (Garralda & Chalder, 2005).

Кофи

Кофи – восьмилетний мальчик из нигерийской семьи, у которого наблюдаются необычные движения во всех конечностях. Одновременно с этим он может внезапно прекратить отвечать на задаваемые ему вопросы, издавать устрашающие звуки, иногда испуганно пристально смотреть на родителей, а несколько раз даже пытался на них наброситься. Такие приступы с необычными движениями и сопровождающим их поведением длятся примерно 20 минут. Бабушка Кофи по линии матери страдала генерализованными тонико-клоническими судорогами.

Родители боялись, что он может страдать эпилепсией и одновременно высказывали опасения, что такое нарушенное поведение Кофи вызвано тем, что им овладели злые духи. Родители считали, что их сын был проклят после того, как его сглазил один старик из их общины. Они хотели проконсультироваться у священника, как изгнать нечистую силу.

Из психосоциальных факторов присутствуют финансовые затруднения, жилищные проблемы, раздельное проживание родителей, трудности в общении со сверстниками в школе, плохая посещаемость школы и испытываемые Кофи симптомы тревоги.

Проблемы Кофи разрешились с помощью вмешательств, включающих в себя семейное, медицинское консультирование с целью исключения судорожных припадков (в том числе и ЭЭГ), помощь в решении жилищных проблем и финансовую поддержку, связь со священником, для того, чтобы убедиться, что религиозный ритуал не навредит мальчику и, наконец, встречи с персоналом школы, для того чтобы помочь Кофи восстановить посещение занятий и reintegrироваться в группу сверстников.

Схожие результаты были получены при проведении исследования конверсионного расстройства детского возраста, которое показало, что выздоравливали до 85% детей, а у одной трети обнаружено эмоциональное или тревожное расстройство при катамнестическом обследовании через четыре года (Pehlivanurk & Unal, 2002).

К индикаторам благоприятного исхода относятся:

- Специфические медицинские преципитирующие факторы
- Общительность, как преморбидная особенность личности
- Хорошее взаимодействие родителей и психиатра
- Благоприятные социальные обстоятельства.

ПРОФИЛАКТИКА

Соматоформные расстройства детского возраста ассоциируются с соматическими симптомами в семейном анамнезе, непосещением занятий в школе. Тенденции к соматизации могут отмечаться у детей уже в дошкольном и, дальше, в более позднем детском, подростковом и взрослом возрасте. Таким образом, выявление семей с высоким уровнем соматических симптомов у родителей и детей, а также тех из них, которые часто пропускают занятия в школе может создавать благоприятные возможности для применения ранних вмешательств. Это может быть осуществлено через (i) выявление врачами общей практики тех родителей, которые регулярно являются на прием с соматическими жалобами и предоставление им рекомендаций, касающихся стратегий, позволяющих им справиться с их собственными, а также возникшими у детей соматическими симптомами (например, техники отвлечения

внимания) и (ii) выявление учителями и медицинскими работниками детей, которые часто пропускают занятия в школе из-за соматических симптомов и оказание им помощи в развитии стратегий решения проблем и обретения чувства контроля над ситуациями, которые кажутся им сложными. У детей с диагностированными симптомами работа над восприимчивостью характера и завышенными академическими и поведенческими ожиданиями может помочь предотвратить рецидив.

КРОССКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Традиционно считалось, что соматизация наблюдается в основном в незападных странах. Однако недавние исследования показали, что это универсальное явление. Так, ВОЗ было организовано изучение проявлений соматизации в условиях оказания первичной медицинской помощи в 14 странах (Турция, Греция, Германия, Нидерланды, Италия, Индия, Нигерия, Китай, Япония, Франция, Бразилия, Чили, Соединенное Королевство и США). Результаты этого наблюдения показали, что соматизация широко распространена во всех этих странах и часто сочеталась с коморбидным депрессивным и тревожным расстройством (Gureje et al, 1997).

Кросскультуральные особенности имеют важное значение при оценке соматизации в свете того, как симптомы понимаются членами семьи в контексте их культурных убеждений:

- Несмотря на то, что наиболее распространенными симптомами соматизированных расстройств являются головные, костно-мышечные и абдоминальные

Сайре

Сайре – двенадцатилетней девочке пакистанского происхождения в пять лет был поставлен диагноз эпилепсии. Она была пролечена противоэпилептическими лекарственными препаратами, и в течение четырех лет у нее не наблюдалось припадков. Сайре доставлена в местную амбулаторную клинику в связи с возобновлением приступов. Раньше у нее отмечались большие эпилептические припадки, преимущественно ночью, и сопровождались недержанием мочи. Ее текущие эпизоды не были похожи на эпилепсию, случались днем и были затянувшимися, длились до получаса.

Был выявлен стрессовый фактор: родители решили, что поскольку Сайре закончила начальную школу, нет никакой необходимости продолжать обучение, теперь она сможет остаться дома и присматривать за младшим ребенком, чтобы мать могла вернуться к уходу за домашним скотом. Плохой урожай привел к тому, что семья испытывала нехватку финансовых средств.

Лечение заключалось в психообразовании для Сайре и ее родителей, с акцентом на взаимосвязи между телом и разумом, и одновременном возникновении физических симптомов и психологических стрессов. На индивидуальных встречах, а позже и на совместных с родителями, Сайре смогла рассказать о переживаемом ею психологическом страдании из-за предложенного родителями плана, который привел бы к потере школьных друзей, а также хороших взаимоотношений с учителями. Хотя финансовые проблемы означали, что невозможно внести немедленные изменения в ближайшие планы, родители договорились между собой, что как только материальное положение улучшится, они попытаются поддержать Сайре и продолжат ее обучение. Они были рады помочь ей поддерживать отношения с друзьями. Вскоре после этого припадки у Сайре исчезли.

боли, существуют также культурально и географически специфические симптомы. Например, «онемение» и «чувство жара» – в Африке, «жжение в руках и ногах» – в Индии и «усталость» – в западных странах.

- Осведомленность о влиянии культуры на понимание и описание симптомов имеет важное значение, поскольку в некоторых обществах определенные симптомы могут быть общепринятым способом проявления культурной или религиозной деятельности; таким образом, они могут интерпретироваться как признаки духовных или других немедицинских процессов. Это может в результате привести к тому, что родители будут искать помощи у специалистов альтернативной медицины или целителей, вместо практикующих врачей, либо одновременно. В случаях длительной истории обращения за медицинской помощью, пациенты, вероятнее всего теряют интерес к традиционным медицинским подходам.

Нужно рассмотреть установки и убеждения родителей в отношении симптомов в соответствующем культуральном контексте, выяснить какие вмешательства были ранее испробованы, включая культурально-специфические, и посвятить время обсуждению с ними альтернативных объяснений, вовлекая их в процесс лечения. Примером такого подхода может быть случай с Кофи.

Несмотря на различия между культурами в интерпретации симптомов, различные типы этиологических стрессовых факторов (например, повседневные школьные стрессоры, такие как буллинг, или повседневный семейный стрессовый фактор, такой как финансовые проблемы) сопоставимы между разными странами (см. случай с Сайре).

Барьеры на пути внедрения научно обоснованных подходов в медицине в странах с низким доходом

В контексте стран с низким уровнем доходов описан целый ряд барьеров, препятствующих внедрению научно обоснованной клинической практики в отношении проблем детской и подростковой психиатрии (Knapp et al, 2006; Keiling et al, 2011), которые касаются также и лечения соматизированных расстройств. Страны с низким уровнем развития экономики расходуют на здравоохранение какую-то часть своего внутреннего валового продукта, но поскольку процент его невысок, выделенных ресурсов также получается значительно меньше, чем это необходимо. Кроме того, профессиональному регулированию доступны незначительные бюджетные средства, что позволяет поставщикам медицинских услуг предлагать потребителям методы лечения с ограниченными доказательствами эффективности, не боясь оспаривания или отмены их регистрации. При отсутствии необходимой помощи со стороны государства, пациенты и их родственники вынуждены вкладывать собственные средства в свое лечение. Из-за бедности и недостатка знаний они становятся жертвами нерегулируемых поставщиков услуг.

Утечка медицинских и медсестринских работников из стран с низким в страны с высоким уровнем доходов привела к нехватке человеческих ресурсов, необходимых для удовлетворения местных потребностей в работниках здравоохранения. Те же, кто остается, зачастую недостаточно обучены проведению аудита с целью

повышения качества оказываемой помощи или критической оценке доступных доказательств. Кроме того, страны с низким уровнем доходов часто не располагают хорошо развитой и всеобъемлющей системой первичной медицинской помощи, а плохая интеграция психиатрической службы в первичную медицинскую помощь приводит к отсутствию преемственности и последовательности в лечении.

Что касается непосредственно соматоформных расстройств, то малое количество подготовленных специалистов не способно удовлетворить потребности детей и подростков в психиатрической помощи, а барьерами в оказании помощи являются низкая выявляемость и отсутствие специализированного персонала. Таким образом, внимание должно быть сконцентрировано на подготовке и супервизии специалистов, которые обычно являются первыми, к кому обращаются семьи, а именно врачей общей практики и педиатров.

ВЫВОДЫ

Рекуррентные, необъяснимые физические симптомы встречаются достаточно часто среди детей и подростков. Если они тяжелые, вызывают нарушение функционирования, связаны с психологическими факторами и приводят к частому обращению за медицинской помощью, то могут стать основой для возникновения соматоформных расстройств. В таких случаях родители склонны приписывать соматические симптомы неустановленной физической патологии, несмотря на отсутствие медицинских доказательств этому. В некоторых культурах семьи могут давать религиозное или культурально специфическое объяснение физическим симптомам.

Часто имеет место психиатрическая коморбидность, и это, вместе с особенностями характера ребенка, проблемами со здоровьем в семье, реакцией семьи на симптомы и проблемами с эффективной коммуникацией между членами семьи на тему сложных эмоциональных проблем, может способствовать поддержанию расстройства.

Ключевыми элементами успешной помощи являются: медицинский осмотр и обследование, выяснение отношения ребенка и его родителей к симптомам, и стратегии, позволяющие справиться с симптомами и ослабить нарушение. Необходимо также психиатрическое лечение коморбидных расстройств и организация программ реабилитации для ребенка и семьи в целом.

Наилучшими научными доказательствами эффективности располагает семейная когнитивно-поведенческая терапия. Тем не менее, часто клинически эффективной является помощь семьям в обсуждении стрессовых факторов и ребенку в управлении ими. Вовлечение семей на каждом из этапов диагностики и лечения имеет важное значение и будет способствовать выздоровлению.

Отсутствие детских психиатрических учреждений может препятствовать выполнению этой работы в развивающихся странах с низким уровнем инвестиций в оказание психиатрической помощи детям, однако психообразование, осуществляемое сотрудниками первичного медицинского звена и педагогами может, тем не менее, быть эффективным средством профилактики и лечения этих расстройств в разных странах и культурах.