



Особые дети



Е.К. Еремина

Психологическая коррекция психосоматических расстройств в детском возрасте

Еремина Евгения Константиновна — медицинский психолог Рязанской областной клинической психиатрической больницы имени Н.Н. Баженова, доцент кафедры психологии личности, специальной психологии и коррекционной педагогики Рязанского государственного университета им. С.А. Есенина, председатель городской общественной организации «Ассоциация медицинских психологов», член Европейской ассоциации транзактного анализа.

Сфера профессиональных интересов: психологическое консультирование и психологическая коррекция детей и подростков.

В последние годы, как показывает практика психологического консультирования и психологической коррекции, возрастает число обращений за психологической помощью родителей детей, имеющих психосоматические расстройства. Такие дети попадают к психологу не сразу, и это понятно: когда у ребенка есть недомогание или прямая угроза его здоровью, логично обращаться, прежде всего, за медицинской помощью. И только когда медикаментозное лечение не приносит устойчивого результата, родители по рекомендации врача, а часто по собственной инициативе обращаются к медицинскому психологу.

Проблема психосоматических расстройств в детском возрасте является одной из наиболее сложных для психологической коррекции и психотерапии.

И дело здесь не только в отсутствии единства взглядов на этиологию психосоматических расстройств, но и в том, что у многих детей саморефлексия не достигает еще того уровня, при котором возможна рациональная психотерапия. Кроме того, ребенок очень тесно связан с семьей, а, чаще всего, именно неправильно выстроенные семейные взаимоотношения родителей и детей являются источником психологических проблем. Однако родители не всегда готовы работать с психологом в этом направлении, они не видят очевидной связи проблем со здоровьем у их детей и негармоничными, а иногда психотравмирующими отношениями в семье. Иногда психологу или психотерапевту приходится работать с симптомом, не затрагивая семейную систему, что сказывается на качестве результата, который будет неустойчивым, останется вероятность рецидива в том или ином виде.

Из истории развития взглядов на природу психосоматических расстройств известно, что о двойном (психологическом и телесном) выражении эмоций в детском возрасте говорили еще Л.С. Выготский, А. Валлон, Ж. Пиаже и др.

Некоторые известные психиатры ставили в зависимость болезнь и окружающую социальную среду, например, отношение матери к ребенку. Многие считают, что дефицит материнского внимания, душевного тепла, заброшенность детей, являются причинами возникновения психической патологии в детстве.

Согласно концепции десоматизации, нормальное развитие ребенка сопровождается уменьшением доли соматического компонента в проявлении чувств: при рождении и в раннем детстве дети обладают недостаточной дифференциацией эмоциональных и соматических проявлений, отрицательные эмоции малень-



кого ребенка трансформируются в функциональные нарушения. В основе этого явления лежит незрелость центральной нервной системы или минимальные мозговые дисфункции. Эмоциональный стресс приводит к закреплению этих реакций и развитию соматовегетативного невроза. Основным фактором патогенеза в детском возрасте является депрессия, связанная с отношениями в семье и отсутствием внимания со стороны матери.

У маленьких детей наиболее характерными причинами стойких отрицательных эмоций, которые ведут к психосоматическим расстройствам являются:

- 1) срыв привычного стереотипа, смена обстановки и круга общения (например, когда ребенка отдадут в детский сад или мама, уезжая надолго, отдаст ребенка родственникам на воспитание);
- 2) неправильное построение режима дня (маленький ребенок должен четко знать, что его вовремя накормят и поиграют с ним; беспорядочный, нестабильный режим дня способствует эмоциональной нестабильности ребенка и способствует развитию психосоматических реакций);
- 3) неправильное воспитание. Здесь возможны варианты: эгоцентрическое воспитание с завышенной самооценкой у ребенка может приводить к срывам в ситуациях неуспеха; воспитание по типу неприятия формирует заниженную самооценку и ощущение ущербности; сверхсоциализация ребенка (установка на социальный успех) также может приводить к психосоматическим проявлениям; тревожно-мнительная установка ребенка ведет к постоянным переживаниям и, соответственно, неспособности адекватно относиться к неудачам; чрезмерное ограждение ребенка от жизненных проблем также приведет к тому, что он не научится переживать ситуации неуспеха;
- 4) патологический симбиоз, то есть излишне сильная аффективная привязанность, чаще к матери (разрыв симбиоза дает начало психосоматическому заболеванию);
- 5) стрессовые ситуации различного рода (смерть близкого, длительная разлука, развод родителей, алкоголизм одного из них);
- 6) отсутствие единого подхода в воспитании ребенка.

Сначала ребенок пытается сам справиться с неблагоприятной ситуацией, вызывающей стойкую негативную эмоцию. Он использует определенные психологические защиты, в том числе и патологические защитные механизмы невротического уровня, такие, как депрессия, навязчивые действия, страхи. Если по каким-либо причинам не удастся справиться с угрожающим собственному существованию конфликтом чисто психологическими средствами, то происходит конверсия (соматизация), чаще всего тревожной эмоции. Со временем

такая ситуация может привести к реальным структурным изменениям в том или ином органе (например, к язве желудка). Это защита на психосоматическом уровне.

Депрессия у ребенка, проявляется не обязательно эмоционально. Чаще это может быть плохой аппетит, снижение веса, нарушение сна, приступы нарушения дыхания, нейродермит, диарея, запор, боли в животе, циклическая рвота, энурез, энкопрез, повышение температуры тела, нарушения сердечного ритма, вегетососудистая дистония, боли различной локализации и др.

Если ребенок школьного возраста, то зачастую возникают проблемы адаптации ребенка к школе. Могут возникать трудности овладения школьным материалом, проблемы взаимоотношений со сверстниками и учителями. Чрезмерные требования к ребенку и несоответствие возможностей ребенка и ожиданий родителей ведет к постоянной стрессовой ситуации и может явиться причиной начала психосоматического расстройства у ребенка.

Заболевания, основным симптомом которых являются нарушения дыхания, представляют наиболее распространенный вид патологии, составляющей, по данным статистики, до 50% общей заболеваемости. Эти симптомы сопровождаются повышенной тревожностью, страхами, общей астенизацией. По разным данным, ключевую роль в этом виде патологии играют нарушения во взаимоотношениях матери и ребенка. Подчеркивается также роль личностного фактора, а именно, выраженные тревожно-мнительные особенности личности ребенка.

Чаще всего у таких детей отмечается навязчивое покашливание, затруднение вдоха, чувство нехватки воздуха, иногда одышка, учащенное дыхание, ощущение «кома в горле». Приступы нередко имеют явно психогенный характер и исчезают вместе с исчезновением стрессовой для ребенка ситуации. На этом фоне возникают нарушения сердечного ритма и страх смерти. Часто возникающие приступообразные нарушения дыхания сопровождаются болями в животе, нарушениями пищеварительной, кожной систем. По данным статистики, около 75% детей с респираторными нарушениями имеют резидуально-органическую недостаточность головного мозга, обусловленную патологией беременности и родов, недостаточностью грудного вскармливания, неблагоприятным постнатальным развитием с частой заболеваемостью, черепно-мозговыми травмами, операциями под наркозом.

В 32% случаев имеет значение психосоматическая наследственность. Личностные особенности выявляются у 60% родителей, в основном, это матери с тревожной мнительностью или истероидными чертами характера. У 57% обследованных детей психосоматические респираторные нарушения связаны с неправильным воспитанием по типу «кумира семьи» или гиперопеки. Больше половины таких де-



тей страдает депрессией невротического уровня. В подавляющем большинстве случаев депрессивные нарушения представлены слабо выраженной, иногда скрытой депрессией. Тревожная депрессия у таких детей характеризуется сочетанием пониженного настроения с эпизодическими жалобами на скуку, грусть, беспокойство, внутренний дискомфорт, тревожность по пустякам, ожидание неприятностей, страх темноты, одиночества, озабоченность собственным здоровьем. Эти эмоции усиливают респираторные нарушения, которые, в свою очередь, сопровождаются навязчивыми отрицательными переживаниями.

Нам бы хотелось представить для примера и клинического разбора случай из практики. Коррекционная работа проводилась с девочкой девяти лет, имеющей психосоматическое респираторное заболевание. Для представления клиента желательно пользоваться стандартной схемой: представить основные сведения о клиенте (история жизни, текущая бытовая ситуация), история заболевания или динамика развития психологической проблемы клиента, его психологический диагноз, психокоррекционная стратегия и методы психокоррекционного воздействия. Ресурсы клиента, возможные последствия, возможные рекомендации для заинтересованных лиц (родители, учителя).

Из истории жизни. Катя родилась в полной семье недоношенным ребенком. Развивалась до первого года жизни с отставанием примерно на два месяца. К году психомоторное развитие в норме. Беспокойная, с частыми просыпаниями по ночам, недостаточным аппетитом. Мать очень беспокоилась о ребенке и сама нередко испытывала страхи по поводу ее здоровья и даже жизни. В детский сад ребенок не ходил. Рос с бабушкой, которая предпочитала сидеть с девочкой дома. Даже в хорошую погоду ребенок недостаточно гулял на улице. Катя часто болела простудными заболеваниями. Домой дети также практически не приглашались. Девочка имела весьма скудный опыт общения со сверстниками. Читать начала рано, в пять лет. Очень любила рисовать, делать аппликации, собирать мозаику, научилась вышивать гладью. В семь лет, наряду с общеобразовательной, девочку отдали в художественную и музыкальную школы. Первый класс закончила на «отлично». Во втором начались проблемы с учебой: у Кати появились тройки. Учительница считает Катю слишком застенчивой девочкой и отмечает, что ее устные ответы всегда гораздо хуже письменных. Во время простудных заболеваний Катя всегда с удовольствием остается дома и с не хочет посещать школу. Перед первым школьным днем (даже перед понедельником) часто нарушен сон и аппетит.

История заболевания. Девочка родилась недоношенной, с признаками незрелости центральной нервной системы. На первом году жизни отставала в психомоторном развитии, был нарушен сон, аппетит, имелся дефицит веса. Бабушка по линии отца страдала бронхиальной астмой. В первые три года

своей жизни девочка видела у нее несколько тяжелых астматических приступов. Когда Кате исполнилось три с половиной года, ее бабушка умерла. Девочка проживала совместно с мамой, папой и бабушкой по линии матери. Со стороны матери отчетливо проявлялась гиперопека. Выявлено также игнорирующее поведение со стороны отца, который фактически устранился от воспитания дочери. Возможной причиной такого поведения явилось то, что папа активно высказывал желание иметь сына. Девочка считалась ослабленным ребенком и не посещала детский сад. Опыта общения со сверстниками и посторонними взрослыми практически не имела. Часто болела простудными заболеваниями, с высокой температурой. Строго исполнялся постельный режим. После болезни девочку долго не пускали гулять. Основные игры — «сидячие».

В семье в дошкольный период часто велись разговоры о том, какой Катя умный, послушный ребенок и что, наверняка, будет отличницей в школе. Катя боялась идти в первый класс, ее пугали новые люди и особенно то, как она справится с учебой. Оценки и похвала со стороны учительницы приобрели для нее сверхценный характер. Плохо переносила любые замечания или неодобрение. Странилась сверстников. В результате так и не приобрела друзей в классе, но и откровенно конфликтных отношений ни с кем из одноклассников не было. Одновременно с общеобразовательной школой девочку отправили в музыкальную и художественную. Для домашнего ослабленного ребенка эти нагрузки оказались чрезмерными. Уже в первом классе Кате было очень трудно удерживаться в «отличницах». На этом фоне началось навязчивое покашливание, которое проявлялось только в общеобразовательной школе, особенно на тех уроках, где требовался устный ответ. Катя все чаще болела и с видимым удовольствием не посещала школу. С возрастанием нагрузок или школьных неудач, симптоматика явно усиливалась. Появилось ощущение «кома» в горле, невозможности есть, говорить, даже дышать. В художественной и музыкальной школах эти симптомы появлялись только перед ответственными выступлениями или отчетными занятиями. Врач в детской поликлинике, после многочисленных обследований и безуспешного лечения, предположил психосоматическое расстройство.

Таким образом, с самого момента рождения мы наблюдаем ряд факторов, способствующих развитию психосоматического заболевания: незрелость ЦНС, неблагоприятная наследственность, неправильный тип воспитания по типу гиперопеки, игнорирование со стороны отца, внимание которого девочка старалась заслужить своими успехами в школе. В дальнейшей работе с семьей девочки выявлены истероидные черты характера у мамы, развитие тревожно-мнительных черт у самой девочки.

Психокоррекционная работа с детьми дошкольного и младшего школьного возраста ведется в един-



стве с диагностическими занятиями, поскольку сам ребенок не умеет достаточно полно проанализировать свои внутренние переживания и, тем более, сделать анализ причинно-следственных взаимосвязей.

Если есть подозрение на органическое поражение головного мозга, требуется полная диагностика всех психических функций. Для диагностики личностных особенностей, основного внутриличностного конфликта, особенностей эмоционально-волевой, мотивационной сфер, самооценки и взаимоотношений в семье использовались структурное интервью, наблюдение, сбор анамнестических данных, опросники, проективные методы исследования личности. Было выявлено, что девочка подвергалась чрезмерным для нее физическим нагрузкам (у нее ослаблена память, недостаточно устойчиво произвольное внимание, быстро нарастает истощаемость, отмечаются признаки усталости уже после часа работы. При этом она имеет очень высокий интеллектуальный потенциал). Ребенок находился в длительной стрессовой ситуации повышенной ответственности. Ожидания ее близких не соответствовали ее реальным возможностям. Она имела хороший интеллектуальный ресурс, но была чрезмерно истощаема, не имела необходимых навыков общения, что усугублялось ее личностными особенностями, реакцией матери на ситуации неуспеха и фактическим игнорированием ее успехов и неудач со стороны отца.

Семейные ценности были направлены на социальные достижения, причем любой ценой. В результате преобладающей эмоцией являлся страх или тревога. Эмоции же раздражения или злости постоянно подавлялись. Патологической защитной реакцией, в данном случае, явилось респираторное психосоматическое расстройство. Что касается фокуса психокоррекционных воздействий, то часто психокоррекционные воздействия при работе с детьми направлены исключительно на неблагоприятную симптоматику. Это связано с тем, что ребенок тесно связан с семейной системой, которая зачастую и является патогенным фактором, но с которой очень трудно работать, если не было запроса со стороны родителей. Если не удастся убедить родителей в том, что необходима семейная терапия, то велика вероятность того, что один симптом ребенка со временем поменяет на другой, может быть, менее заметный и более социально удобный, но зато весьма стойкий.

Методы психологической коррекции. В данном случае были использованы следующие методы психологической коррекции: дыхательная гимнастика, снятие мышечных зажимов, элементы аутогенной тренировки, серийный рисунок, сказкотерапия, техника «пустого стула», элементы рациональной психотерапии, техники семейной психотерапии. Основной точкой приложения психокоррекционных воздействий являлась самооценка ребенка, осознание психологического значения симптома и его психологической выгоды и перестройка ценностных ориентаций, как семейных, так и личностных.

Психокоррекционная работа велась в течение шести месяцев, сначала два раза в неделю, а затем — один раз в неделю. Катя обнаружила очень большой личностный ресурс, хорошую мотивацию к изменениям и поддержку со стороны семьи, что ускорило выздоровление. Параллельно проводилась работа с родителями. Было рекомендовано снять часть нагрузок с ребенка. Катя без сожаления рассталась с музыкальной школой. На сегодняшний день ремиссия составляет 1,5 года. В таких случаях, когда вероятность рецидива велика, рекомендуется при первых же признаках сильных негативных переживаний повторно обращаться к специалисту.

Ниже кратко представим случай, который можно расценить как успешный, хотя ребенок после психологической коррекции «поменял» один симптом на другой, более удобный, который периодически проявляется. Речь идет о девочке 10 лет, назовем ее Леной. Девочка живет в двухкомнатной квартире с мамой и папой, который состоит в разводе с мамой девочки. У папы отдельная комната. Папа запойный алкоголик. В состоянии алкогольного опьянения бывает агрессивным, начинает «воспитывать» дочь, особенно когда мать на работе. Комната матери и девочки запирается на ключ, но отец в состоянии алкогольного опьянения легко вышибает дверь. Ситуация явно психотравмирующая, Лена находится в постоянном страхе и напряжении. Идет мучительный обмен жилплощадью. Оградить на время девочку от посягательств папы (отвезти, например, к родственникам) возможности, по словам мамы, нет. У ребенка начался энкопрез. Лена прошла полное обследование соответствующих специалистов, которые признали ее здоровой.

Девочка родилась здоровым ребенком, в срок. Роды и раннее развитие нормальные. Росла веселым, подвижным, общительным ребенком. В детском саду проблем с адаптацией не было. Посещать детский сад нравилось. В дошкольном возрасте не помнит, чтобы папа напивался. Мама девочки подтверждает, что алкогольный стаж у бывшего мужа небольшой, он начал пить, когда возникли проблемы с бизнесом: он фактически разорился, появились долги, под угрозой была даже квартира. Начал пить, сразу запойно, лечиться наотрез отказывался. Все проблемы с долгами пришлось решать жене. В это время девочка пошла в первый класс, осталась без внимания фактически обоих родителей. Других родственников, которые могли бы помочь в этой ситуации, не оказалось. Лена справлялась с учебой, ее хвалили учителя. Но при этом девочка постоянно слышала от окружающих о том, что она «брошенная», отец спился, а мать с утра до ночи на работе и ей не до ребенка.

Лена фактически вынуждена была вести хозяйство. Очень не любила возвращаться домой после школы, так как дома был пьяный отец. Поначалу ходила по подругам, пыталась отсидеться у них. Стала хуже учиться. Но отец ругал и бил за то, что она не



III Международная научно-практическая конференция
«Мир детства и образование»
 (28—30 мая 2009 г., Магнитогорск)

Организатор: Магнитогорский государственный университет, Институт педагогики, Факультет дошкольного образования.

Основные направления работы конференции: 1. Управление образованием. 2. Образовательное пространство дошкольного образовательного учреждения. 3. Современные подходы к преемственности в образовании в период детства. 4. Профессионально-педагогическая подготовка, переподготовка, повышение квалификации специалистов в современных условиях.

В рамках конференции планируется посещение уникального учреждения «Загородный оздоровительный центр, дошкольное образовательное учреждение «Горный ручеек», расположенного вблизи горнолыжного центра «Абзаково».

Участие в конференции обеспечит Вам: возможность выступления с докладом на пленарном или секционном заседании, публикацию статьи (объем до 5 стр., 80 руб. за 1 стр.) в сборнике материалов конференции; получение сборника материалов конференции.

Заявка должна содержать следующие данные: 1. Ф.И.О. автора. 2. Форма принятия участия (очно/заочно. При очном участии — потребность в предоставлении общежития). 3. Направление конференции. 4. Тема доклада. 5. Место работы. 6. Должность, ученая степень, звание. 7. Домашний адрес с указанием индекса (для рассылки сборника), телефон с указанием кода города. 8. Тексты статей и заявки направлять в оргкомитет.

Срок подачи статей, заявок и оплаты до 1 марта 2009 г.

Банковские реквизиты для оплаты: Магнитогорское отделение №1693 Сбербанк России ИНН/КПП 7707083893 / 744502001 БИК 047501602 К/с 30101810700000000602 в ГРКЦ ГУ Банка России по Челябинской области расчетный счет №47422810472339940001 лицевой счет 42307.810.0.7233.4601506

Контактная информация: тел.: 8 (3519) 22-91-34; e-mail: presch@masu.ru Адрес: 455001, Челябинская обл., г. Магнитогорск, ул. Вокзальная, 88, факультет дошкольного образования, кабинет 201, секретарь Вершинина Ольга Игоревна.

приходила вовремя домой. Через некоторое время стала замечать, что дома не может удержать кал, пачкает трусики. Появился ужас, что это заметит отец. После того, как подобное стало происходить с Леной на улице, обратились к врачам и прошли полное медицинское обследование.

Лена оказалась очень умным, но несчастным ребенком. Работала с психологом с удовольствием в течение трех месяцев по два раза в неделю. Основные методы, используемые в работе с Леной те же, что и с Катей. Конечно, сам процесс «индивидуализируется» в зависимости от особенностей и возможностей ребенка. Лена оказалась не по годам взрослой и рассудительной, хотя признавалась, что когда «накатывает страх и ужас», «становится заторможенной» и не может соображать, наступает «полный ступор». В это время может «испачкаться». Помимо страха важно было, чтобы Лена осознала эмоцию гнева по отношению к отцу, которая тщательно ею контролировалась. Несмотря на произошедшие с отцом перемены, девочка очень скучала по прежнему папе, который с ней в детстве играл и уделял много времени, и продолжала его любить.

Проблемой для психолога явился тот факт, что на тот момент времени психотравмирующую ситуацию разрешить было невозможно: девочка жила в квартире с отцом, тот продолжал пить. В таких случаях идет работа над изменением отношения к самой ситуации и осознанием своих ресурсов, повышением уверен-

ности в том, что со страхом можно справиться. Обязательна работа с мамой. В данном случае маме самой была необходима психотерапевтическая помощь. Вмешательство социальных органов не потребовалось, отец под угрозой вызова милиции перестал взламывать замки и бить ребенка. Ситуация улучшилась, но оставалась субъективно психотравмирующей. Постепенно Лена вышла на рациональные формы психологической коррекции, осознала «неудобство» своей реакции на ситуацию. Недержание кала перестало беспокоить девочку, но через некоторое время пришел новый симптом — невротическое подергивание и пошмыгивание носом. Поскольку квартирный вопрос остается пока нерешенным, вряд ли удастся быстро избавиться от подобной навязчивости. В таких затяжных случаях всегда необходимо рекомендовать обращение к детскому психиатру. Такую необходимость бывает сложно объяснить родителям, так как слово «психиатр» по-прежнему многих пугает.

Для коррекции психосоматических расстройств в детском возрасте нужна специальная, в том числе и просветительская работа среди населения, так как мы в своей практике очень часто сталкиваемся с утверждениями родителей, что они не знают, куда обращаться в подобных случаях. А участковые врачи не всегда рекомендуют обращение к психологу, психотерапевту или психиатру.