

КАПИТЕЛ 5 / CHAPTER 5⁵NEUROTIC AND SOMATOFORM DISORDERS (NEUROSIS) IN
CHILDREN AND ADOLESCENTS

DOI: 10.30890/2709-2313.2022-15-01-007

**5.1. Значимость психотравм и психоэмоциональных перенапряжений в
окто- и эмбриогенезе**

Больные дети и подростки, в онтогенезе подвергшиеся психотравмирующему и психоэмоциональному перенапряжению по своему психическому развитию отличаются от детей, матери которых при беременности и в перинатальном периоде не подвергались п/травмам и дети выросли в благоприятных условиях, без перенесенных психоэмоциональных перенапряжений и психотравм. В частности:

- диспропорциональное развитие когнитивных (психических) процессов;

а) под влиянием психоэмоциональных перенапряжений болезненно воспринимается и усваивается информация, имеющая негативный окрас;

- диспорийное поведение и выражение лица.

По своему коммуникабельному развитию они не отличаются от здоровых детей, но в позитивных жизненных ситуациях всегда видят негативизм и занимают отрицательную позицию, и во всех, даже добрых делах ищут подвох, делают «черные и серые» выводы, ко всему относятся с подозрительностью. Особенно это обостряется в более зрелом возрасте. В микросреде о таких людях часто говорят, как о человеке с «негативной энергией». У них констатируют:

- пониженный порог стрессоустойчивости. Незначительное отрицательное психоэмоциональное перенапряжение может вызвать нарушение в психоэмоциональной сфере;

- они часто болеют – ОРВИ, гриппом, аллергией неясного генеза.

Из-за нарушений и расстройств психоэмоциональной сферы иммунная система организма начинает «цитокиновый шторм». На фоне воспалительного процесса в организме вырабатывается массовое количество «цитокинов».

Цитокины – низкомолекулярные информационные растворимые белки, обеспечивающие передачу сигналов между клетками.

Цитокин выделяется на поверхности клетки А и взаимодействует с

⁵Authors: Vagif Mamed Oglu Rakhmanov, Vasif Vagif Oglu Rakhmanov



рецептором находящейся рядом клетки В. Их основными продуцентами являются лимфоциты. Кроме лимфоцитов их продуцируют макрофаги, гранулоциты, ретикулярные фибробласты, эндотелеальные клетки и др. при хронических психотравмирующих ситуациях, выраженных стрессах, цитомины вызывают различные воспалительные процессы в организме, сходные с проявлениями острых и хронических инфекционных заболеваний, в том числе полиорганной недостаточности и «внезапной смерти» человека;

- иммунная система: аллергия; аутоиммунные заболевания (в следствие активные клетки иммунной системы «идут» против собственного организма и способствуют развитию эндокринных нарушений и тиреоидита, сахарного диабета, ревматоидного полиартрита, кожных заболеваний (псириаз, склеродермия и др.), онкологии, заболеваний желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы и др.;

- сердечно-сосудистая система: атеросклероз прямой путь к ишемической болезни сердца, инсульту; острый сердечный приступ; острое нарушение мозгового кровообращения, нарушение дыхания, пароксизмальная тахикардия (синусовая тахикардия);

- нарушение ритма сердца, аритмия (пароксизмальная) с учащенным сердцебиением 150-250 уд/мин, приступообразные изменения ритма сердца.

Различают: а) наджелудочковую; б) желудочковую; в) атривентрикулярную пароксизмальную тахикардию;

- хронический стресс влияет на продолжительность жизни и укорачивает теломеры – участки на концах хромосом. ДНК теломер состоит из серии повторяющихся (дублирующихся) фрагментов нуклеотидов;

- при стрессе совокупность различных нарушений физиологических процессов приводит к более быстрому изнашиванию организма, ускоряет процесс преждевременного старения и сокращения продолжительности жизни.

По данным разных источников, продолжительность жизни сокращается до 9 лет. В частности, высокий уровень притязаний и низкий уровень увлеченности, низкий уровень сопротивляемости стрессу сокращает жизнь в среднем до 50 лет. Очень высокий уровень увлеченности и низкий уровень притязаний повышает устойчивость к стрессу и увеличивает продолжительность жизни до 100 и более лет;

- стресс способствует курению и злоупотреблению алкоголем, что осложняет психосоматический статус.



У лиц, перенесших психоэмоциональное перенапряжение, в первую очередь страдает восприятие сенсорных анализаторов: зрение, слух, вестибулярный аппарат (мелкая и крупная моторика). Чаще у таких детей в будущем – у взрослых наблюдается корковая (центральная) глухота, слепота, нарушение моторики и др. при хронически продолжающейся психотравме в будущем наступает полная глухота, нарушение слуха, в том числе преждевременные когнитивные расстройства. В зрелом возрасте они страдают рассеянным склерозом, болезнью Паркинсона, Альцгеймера и другими органическими патологиями и нарушениями нервной системы.

Такие больные превращаются в живое социально изолированное «существо». Вчерашний успешный человек, под воздействием ничтожных психотравмирующих ситуациях, в один миг становится объектом насмешек, отвергнутым близкими, они теряют работоспособность. Некоторые из них, сохраняя работоспособность, социальные навыки, стремясь быть полезными, из-за неадекватного поведения теряют рабочие места, семью. Из-за отсутствия инстинкта самосохранения с ними может произойти любой несчастный случай, даже со смертельным исходом, или они сами могут совершить суицид. Здесь доминирует естественный отбор. Но выжившие и приспособившиеся к жизни, при создании определённых условий, могут достичь больших успехов. И в эпохе прошедших столетий, и сейчас, немало выдающихся лиц, выросших в неблагоприятных условиях, с перенесёнными заболеваниями и неадекватными поведенческими, личностными особенностями, при которых создавали, творили и оставили большие исторические, научные, художественные, философские наследия для будущих поколений. Вегето-сосудистая дистония является предшественником психосоматических/пограничных нервно- психических расстройств.

Величайший способ ограничения саморазвития у детей с ограниченными возможностями/заболеваниями, не имеющими опасности для существования в микро- и макросреде, чрезмерное сочувствие, жалость, неадекватная страховка, в том числе и ограничения физической и психической самостоятельности.



5.2. Ипохондрическое расстройство (ИР) (невроз) у детей и подростков (F45.2)

Ипохондрия (от греч. hypochondria, - подреберье⁶) - чрезмерное внимание к своему состоянию здоровья, необоснованная тревога за него, страх неизлечимой болезни. Появляется от незначительной мнительности до тяжелой бредовой мысли и убежденности чем-то заразиться или имеющейся болезни.

ИР выявляются у детей старшего возраста в виде различных синдромов. У подростков в 40-50% случаев ИР имеют сформировавшиеся синдромы.

На основе клинко-психопатологической дифференциации по ведущим синдромальным механизмам формирования ипохондрической симптоматики выделяется четыре клинических варианта, в структуре которых преимущественно формируются ИР в детском возрасте:

а) конституционально-невропатический; б) типоматический; в) сверхценный; г) вариант с преобладанием патологического ипохондрического фантазирования (Марченко А.М., 2011).

Ипохондрический невроз (ИПН) более характерен и диагностируется у детей старшего и подросткового возраста. Основные проявления заболевания совпадают с проявлениями у взрослых больных, но в структуре детского ИПН в основном преобладают озабоченность своим внешним видом и склонность к переживаниям по поводу возникновения определенных конкретных патологий.

Остаются недостаточно изученными механизмы формирования ипохондрических расстройств у детей на различных возрастных этапах с учетом сложного взаимодействия клинко-биологических, индивидуально-психологических и социально-средовых факторов, что представляется актуальным как в контексте психопатологии развития, так и в плане разработки профилактических мероприятий, направленных на раннее выявление, диагностику и лечение ипохондрических расстройств.

(Марченко А.М., 2011)

⁶ От греч. υπο-χονδριον - область тела под хрящем - ложными ребрами.



Ипохондрия имеет свои признаки: убежденность в наличии болезни, сосредоточенность на своем здоровье, боязнь болезни, упорное злоупотребление медицинской помощью. Благодаря быстрым и резким изменениям во время пубертата, сосредоточенность на них обычна для подростков. Хотя комплекс соматических симптомов встречается в этом возрасте нередко, возникновение ипохондрического состояния может быть связано с манкированием своих обязанностей.

(Исаев Д.Н., 2000)

При этом их опасения носят чисто информативный рудиментарный характер и у специалистов могут вызвать определенное смущение, «смех», т.к. озабоченность подростков не вписывается в рамки медицинской терминологии, в т.ч. и структуру болезни.

В частности, если у взрослых ИР носит соматический характер (боли, жжение и др.), у детей в подростковом возрасте, наоборот, связано с внешностью и на фоне этой озабоченности у них появляются негативные мотивы. Клинические проявления ИР характеризуются значительным многообразием, степень их выраженности зависит от возраста, социальной среды. Зачастую характер личностных отклонений кроется в семье - мировоззрении матери, редко - отца и других членов семьи.

Например, отказ от еды, чтобы похудеть (особенно у девушек), занятия спортом (позитивные мотивы в стремлении быть сильным - у мальчиков).

Основные синдромы (признаки) ипохондрии у детей выражаются в следующем:

- нарушение сна, раздражительность, сочетающаяся с беспричинной тревогой, страхи, паника - «чем-то заразите!»;

- поглощенность и сосредоточенность на состоянии своего здоровья. Все разговоры ребенка сводятся к выявлению заболеваний и способов лечения, в том числе, общаясь с другими больными, они видят себя в их персоне, коллекционируют и копируют их жалобы, впитывают, как губки, любую негативную информацию и интерпретируют как свое состояние;

- попытку убедить их в ничтожности болезни они воспринимают слишком «болезненно», подозрительно;



- вследствие поглощенности своим состоянием, теряется умственная и физическая работоспособность.

У подростков, так же как и у взрослых, выраженность ИР проявляется на физическом уровне, их переживания прямо пропорциональны выраженности их вегетативных проявлений (тревога, паника сочетаются с учащенным сердцебиением, одышкой, головными болями, головокружениями, нехваткой воздуха).

Из-за запоздалых лечебно-реабилитационных мероприятий у больных происходят осложнения в психосоматическом статусе с выраженными аффективными расстройствами. И опытные психиатры могут констатировать диагноз «Депрессия ипохондрического генеза, при которой присутствуют элементы суицида, сочетающиеся с пессимистическими высказываниями, искажение реальной жизни, физических ощущений (в т.ч.) боли, покалываний необъяснимого характера в разных частях тела.

В редких случаях у подростков может быть диагностирована:

- бредовая ипохондрия. Они убеждены, что причина болезни кроется во внешних факторах - кто-то их заразил или заболевание передалось вследствие гипноза, контакта с НЛО;

- сверхценная ипохондрия, характерной чертой которой является преувеличение тяжести своего заболевания, его симптомов и т.д.

При глубоком анализе у детей и подростков выявляется генетически обусловленная взаимосвязь, например, один из родителей болеет ИР, что приводит к мнительности и чувствительности ребенка.

ИПОХОНДРИЯ, СЕНЕСТОПАТИЯ

Сенестопатия - одна из форм психических расстройств, которая входит в структуру ипохондрического бреда, депрессивного состояния - синдрома.

Сенестопатия (от др.-греч. κοινος - общий, - чувство, ощущение, страдание, болезнь) - тягостное, неприятное телесное ощущение, локализуемое на поверхности тела или во внутренних органах, лишенное предметности.

У детей младшего возраста (до 3 лет) из-за отсутствия как субъективных, так и объективных переживаний, разнообразные нарушения умственного познания невозможно выявить.

В предшкольном возрасте (4-5 лет) впервые появляются сенестопатии, выступающие в псевдоалгической форме, т.е. в виде болевых ощущений, преимущественно в животе и конечностях, и носят переходящий характер



(Сосюкало О.Д., 1973; Башина В.М., 1980).

В дошкольном возрасте, наряду с псевдоалгическими, появляются собственно сенестопатические расстройства, которые сочетаются с психопатологическими недеференцированными и сверхценными страхами ипохондрического содержания в структуре рудиментарных депрессивно-ипохондрических состояний.

Наибольшего развития сенестопатии достигают в пубертатном возрасте, когда они, как правило, сочетаются с ипохондрическими переживаниями: болезненной фиксацией внимания на состоянии здоровья и телесных ощущений, сверхценными и навязчивыми опасениями по поводу какого-либо заболевания (Сосюкало О.Д., 1973).

У детей старше 6 лет и подростков с ипохондрическими расстройствами во внутренней картине болезни лежит особое действие влияния психологической защиты, подавляющее ауто-, реже - гетероагрессивные побуждения и трансформирующее их в собственные психосоматические синдромы и симптомы. Для таких детей характерны выраженный эгоцентризм (эгоцентричность), в сочетании с избирательным (ограниченным) эмпатическим потенциалом. Чаще такие подростки, особенно девушки, считают себя несчастными, нелюбимыми, обиженными, как в рамках микро-, так и в рамках макросреды. В связи с этим их мало интересует мнение, нужды окружающих.

Чаще симптомы, синдромы ипохондрических расстройств могут служить моделями, подражанием близким (взрослым) больных, как в рамках семьи, так и вне семьи.

Для таких больных характерен «инфантильный», пониженный порог восприятия временного или случайного хронического физического дискомфорта и, в сравнении со здоровой частью популяции, им присущ чрезмерно повышенный неадекватный уровень негативной сенсорной информации и избыточная негативная интерпретация на уровне когнитивных оценок, которые у окружающих могут вызвать ощущение странности и подозрительности в «ненормальности» или насмешки. Это может дополнительно обострить их состояние и усилить ипохондрический рисунок болезненных синдромов и симптомов, в дальнейшем могут появиться страх, тревога, паника из-за угрожающей их жизни болезни. Чаще симптомы имеют определенные локализации. На первом месте - ЖКТ, на втором - органы дыхания, на третьем - сердечно-сосудистая система и на четвертом - опорно-двигательный аппарат.



Особенно проблемными являются те дети, у которых ИР сочетается с неврозом навязчивых состояний, в структуре которых наблюдается деперсонализация, дереализация. У них возможно возникновение суицидальных намерений, депрессий, анорексий, поведенческих нарушений и др.

Екатерина, 14 лет.

Натура впечатлительная, остро реагирует на происходящее вокруг. После известных событий в стране, постоянно испытывает страх прихода войны в их дом, в их район. Настроение портится после просмотра телепередач, особенно, когда показывают погибших и горящие дома. Состояние резко ухудшилось, когда отцу из военкомата принесли повестку. Ему следовало явиться с вещами для отправки в зону боевых действий.

В школе на уроке физкультуры учитель сделал замечание в некорректной форме, намекнув, что она перебрала в весе для своего возраста. Девочка прекратила общение с учителем, сделавшим ей замечание, но ограничила себя в еде, ежедневно контролирует вес, пристальнее стала относиться к своей внешности. Таким образом, ребенок резко, за короткое время, похудел на 18 кг.

После череды конфликтов в школе и дома на нервной почве Екатерина однажды потеряла сознание и оказалась в больнице.

Во время беседы Екатерина доверила нам свою «тайну» и сообщила, что один раз брат обозвал ее коровой, т.к. она съела его порцию чего-то вкусенького. Матери о конфликтных взаимоотношениях с братом не говорила. Мы вмешались в эту ситуацию. Брат извинился перед сестрой, и она простила ему свою обиду. Наши усилия по коррекции внутреннего мира девочки увенчались успехом.

Исходя из статистических данных, в последние десятилетия значительно увеличилось количество больных детей с различными патопсихологическими и психопатологическими расстройствами: эмоциональное расстройство и расстройство поведения детского и подросткового возраста (F90-F99), поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F50-F59), в частности, расстройства приема пищи (F50), тики, заикание, речь взахлеб, мутизм, энурез, энкопрез, в т.ч. непелептические пароксизмальные расстройства у детей, судорожный и



синкопальный синдромы, мигрени, нарушение сна и бодрствования, ужасы во время сна, гиперактивное расстройство, дефицит внимания, кожные заболевания (дерматозы), хронические болевые синдромы, заболевания обменных процессов, сердечно – сосудистой системы и др. На следующих страницах более подробно изложено о некоторых расстройствах, относящихся к этим группам.

Необходимо отметить, что эти расстройства могут быть в структуре одной из составляющих частей невротических и соматоформных расстройств или как самостоятельная нозологическая единица.

Касаясь вопроса психосоматических расстройств (неврозов) у детей и подростков, считаю целесообразным дать более развернутую информацию об отдельных их формах, часто встречающихся на практике.

5.3. Навязчивые страхи (НС) и навязчивые опасения (НО)

В практике детских психиатров количество детей с нарушением абстрактного познания, в частности - разнообразные расстройства мышления, составляет от 10 до 30% от числа обратившихся за помощью.

Расстройства мышления условно можно подразделить на расстройства измененной идеи и нарушения темпа и логического строя.

К расстройствам изменённой идеи можно отнести навязчивые мысли, размышления, идеи, которые возникают в сознании больного вопреки его желанию. У больных сохраняется критика к своему состоянию детей. НС, НО у детей младшего возраста (до 3 лет) трудно дифференцируются. При тщательном анамнезе и наблюдении можно выявить НС, НО в несформированной атипичной форме без значительно выраженных волнений, внутренних перенапряжений, переживаний, опасений, страхов и др.

Из-за отсутствия вербальной коммуникации они не могут выразить свои переживания словесно. Могут постоянно плакать, кричать без причины, что является одним из симптомов /предшественников/ НС, НО у этих детей. В психологии психофизиологические страхи условно можно разделить на врождённые (природные) и социальные (приобретённые). Врождённые страхи базируются на инстинкте самосохранения и наблюдаются у детей с ранних лет. Например, страх боли, горячих предметов, холода, голода и д.р. В этих случаях у детей с ранних лет вырабатывается условный рефлекс и у них во взрослой



жизни всегда присутствует страх и, соответственно, при определенных негативных ситуациях может трансформироваться в ОКР у взрослых.

С возрастом у детей из-за негативного опыта могут появиться социально обусловленные страхи: высоты, темноты, одиночества, закрытых и открытых пространств и др.

В зависимости от личных проявлений страхи можно квалифицировать по их содержанию, этиопатогенезу, продолжительности, клиническим проявлениям, времени:

а) функциональные переходящие страхи;

б) органические страхи (у больных с ограниченным поражением ЦНС (новообразования, травмы, нейроинфекции, атеросклероз сосудов головного мозга у взрослых и др.).

По течению можно выделить острые, подострые и хронические.

По характеру клинического течения выделяются:

- сверхценные страхи (фантазирование, придуманные (например, смерть близкого, страх катастрофы и др.);

- навязчивые страхи - страх в определённых жизненных ситуациях, агора- или клаустрофобия, страх высоты, страх заразиться чем-то;

- внушённые страхи с целью воспитания или наказания;

- подражательные страхи, чаще в семейном кругу;

- индуцированные страхи (вирусоиндуцированные, радиоиндуцированные, вынужденный, наведённый, стимулированный);

- смешанные страхи – например, страх темноты и одновременно ползущих змей или видение сюжета фильма ужасов, или страх темноты и страхи во время сна;

- страхи амбивалентный характера - предмет страха вызывает одновременно и негативные, и позитивные реакции.

По времени следует выделить дневные и вечерние страхи. Дневные, как всегда, социально обусловлены, ночные страхи образуют более неадекватные - нереальные сюжеты.

Следует особо выделить один из вариантов - страх в состоянии бодрствования и во сне, смешанные страхи, в частности, ребёнок боится темноты в бодрствующем состоянии в неосвещённых помещениях, комнатах и во сне ему снятся кошмары, сонное видение, и он стонет, издает звуки, плачет, машет руками (в виде сопротивления ударяет предмет страха во сне скрипит зубами).



В зависимости от времени года, особенно в зимне-весенний и осенне-зимний периоды, их состояние осложняется и содержание снов и страхов имеет определенные особенности. Например, наводнение, сильные ветры, большие снегопады...

Такие дети очень робкие, молчаливые вне рамок семьи и в доверительной беседе могут рассказывать сюжеты, по которым можно было бы создавать сценарии для известных кинорежиссеров. Особенно сейчас, когда дети не по возрасту интересуются политикой, социальной жизнью, техногенной информацией.

Например, девочка Соня, 6 лет, испытывает страх от сновидений и отказывается спать одна. Всегда должны быть рядом мама и любимая игрушка. Ребенку снятся кошмары - страхи: «её забирают в космос инопланетяне, она там взрослая и ночи после посещения своих космических друзей ее заново возвращают к маме».

Другой ребенок, Артём, 3 года, после того, как у ЛОР-врача было произведено врачебное вмешательство, испытывает страх «белого халата», особенно в ночное время, а во сне приносит нецензурные слова в адрес дяди доктора и плачет. В это время ребенок обливается потом и в полусознательном состоянии, при включённом свете не узнает родных и до утра не перестает демонстративно плакать. Его успокаивает мама, когда даст ему грудь. На фоне этого он неоднократно кусал грудь матери и у нее была диагностирована мастопатия и невротическое расстройство.

Мальчик до пяти лет продолжал вести себя подобным образом. Ночью спал, только когда его прикладывали к груди, и любые попытки лишить его этого утешения не давали результатов.

После проведенного лечения удалось помочь ребёнку и матери.

У детей младшего школьного возраста в определенных ситуациях затруднительно выявить объективное содержание причин, они испытывают страхи и не могут объяснить, у части детей это сопровождается агрессией к окружающим.

Володя, 7 лет, в течение недели несколько раз испытывает страхи без причин. Нападает на бабушку и вырывает волосы на голове. После ознакомления выяснилось, что данное поведение является последствием стресса, перенесенного во время войны - обстрелов. Напоминанием о перенесенном стрессе для Володи служат телевизионные сюжеты об агрессии, вызывая у него



подобное агрессивное поведение.

После 3 лет и старше у детей навязчивые страхи, опасения, переживания могут сочетаться с бесцельной двигательной активностью (моторики, лат. *metus* - движения), стереотипиями в сочетании с аффективными проявлениями.

Например, «папа (мама) не заберет меня из садика», «я боюсь, мне будет плохо».

У детей старшего возраста (3-7 лет) навязчивые опасения, страхи могут сочетаться с навязчивыми кратковременными психомоторными возбуждениями, паниками, в т.ч. и с идеомоторными навязчивостями. Для них характерным является стремление ребенка многократно задавать бессмысленные вопросы или действия, стереотипные движения и др., не имеющие познавательной цели.

Часто у таких детей из-за большого психоэмоционального перенапряжения и несвоевременного принятия мер моторные, речевые, двигательные нарушения, абстрактные познания сочетаются с идеаторными расстройствами мышления, при которых ведущими являются навязчивые опасения и страхи.

Навязчивые страхи носят более иррациональную окраску, для которой характерно чаще устойчивое переживание, сопровождаемое психоэмоциональными перенапряжениями, излишней тревогой и ожиданием неизвестного воздействия, неясного неизвестного объекта, в частности человека. Для таких детей чаще характерен робкий характер личности, низкая самооценка, дисферическое настроение, депрессивное состояние, с выраженными психосоматическими расстройствами, при которых, в зависимости от возраста, можно диагностировать: циркадность пищевых навыков и сна, метеозависимость, скрип зубами (бруксизм), вздрагивание во сне, беспокойный сон, издавание звуков во сне и др.

В анамнезе основными причинами является негативная социальная сфера в микросреде.

Каждый из нас, несомненно, когда либо испытывал страх. Чаще всего, это вполне естественное чувство, ведь так проявляется стремление живого организма к самосохранению. Однако нередко люди боятся не каких-то конкретных вещей, которые они наблюдают или хотя бы могут себе представить.

Бывает боязнь того, о чем испытывающий ее не имеет ясного представления, тем более - не видел этого лично; либо это боязнь обычных предметов и явлений, но причину ее боящийся объяснить не может.