УДК 616.1/4-02:616.89

ФАКТОРЫ И МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Н.А. Кравцова, А.В. Катасонова, А.Ю. Довженко, В.А. Денисова, Л.Н. Рабовалюк

Тихоокеанский государственный медицинский университет (690950, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2)

Ключевые слова: *дети и подростки, самооценка, соматогнозис, Я-функция личности.*

Приводятся данные многолетнего исследования факторов и механизмов развития психосоматических расстройств (ПСР), выполненного на кафедре клинической психологии ТГМУ. Совокупная выборка составила 3738 детей и подростков, страдавших различными формами ПСР, 383 здоровых детей и подростков, 1490 беременных женщин и матерей. Выявлены значимые факторы развития ПСР: высокий уровень психологических факторов пренатального риска, родовспоможение путем кесарева сечения и асфиксия младенца в родах естественным путем, специфические отношения матери и ребенка, характеризующиеся повышенным вниманием к симптоматическим телесным проявлениям, неадекватные типы семейного воспитания. К механизмам развития ПСР отнесены нарушение развития самосознания от соматогнозиса, пространственных представлений, стратегии оптико-пространственной деятельности до неадекватно низкой самооценки и, как следствие, преобладание дефицитарных и деструктивных Я-функций в структуре личности подростка.

Рост частоты психосоматических расстройств (ПСР) среди взрослого и детского населения, достигающей, по данным разных авторов 38–60 % [1, 2, 16], и неуспешность системы лечебных мероприятий, основанной на методологии биомедицинского подхода, диктуют необходимость изучения факторов и механизмов психосоматического развития в условиях нормы и патологии [7].

Несмотря на заметное усиление интереса к психосоматической проблеме, в последние десятилетия до сих пор не сформулирована единая теория психосоматического патогенеза с учетом влияния психосоциальных факторов, что затрудняет этиопатогенетическое лечение ПСР [13]. Лечение детей с ПСР в медицинских учреждениях проводится без учета психосоциальных и психологических факторов развития указанной патологии. С другой стороны, попытки некоторых практических психологов преувеличивать значение психогенных факторов и эффективность лечения с помощью только психотерапевтических методов также малоэффективны. Причиной подобного подхода как у врачей, так и у психологов, по мнению Г.В. Залевского (2007), являются фиксированные формы поведения профессионалов, считающих, что их видение мира – единственно правильное [5].

Обзор различных теоретико-методологических подходов к рассмотрению проблемы генеза и лечения ПСР в педиатрической и детской психиатрической практике позволил сформулировать цель исследования: определение факторов и механизмов развития психосоматических расстройств.

Кравцова Наталья Александровна – д-р психол. наук, доцент, зав. кафедрой клинической психологии ТГМУ; e-mail: kranatali@yandex.ru

На кафедре клинической психологии ТГМУ с 2000 г. ведутся клинико-психологические исследования закономерностей саногенного и патогенного вариантов психосоматического развития с позиций биопсихосоционоэтической модели человека и болезни. Основные направления исследований: психологические и психосоциальные факторы перинатального развития, факторы семейного воспитания, развитие личности и высших психических функций ребенка, страдающего ПСР, на разных этапах онтогенеза. Было предположено, что на здоровье ребенка помимо биологического здоровья матери, влияет такой психологический фактор, как переживание мамой беременности.

Совокупная выборка всех проведенных за эти годы исследований: 3738 детей и подростков от 2 мес. до 16 лет, страдавших различными формами ПСР, 383 здоровых ребенка и 1490 беременных женщин и матерей. Здоровых детей разделили на три возрастные группы: 1-я –младенцы и дети раннего возраста (75 человек), 2-я – дети младшего школьного возраста (94 человека, 3-я – подростки (214 человек).

Методология исследований:

- сравнительный метод,
- клинический метод (исследование нарушенной регуляции взаимоотношения ребенка, страдающего ПСР, и окружающего его мира с помощью психологических методик),
- архивный метод (анализ историй развития ребенка – форма 112-У и историй болезни),
- метод экспертных оценок (характеристик семейной системы психологами, динамики психосоматического состояния детей и подростков педиатром),
- психодиагностический метод – стандартизированные и проективные методики.

Опрос родителей проводили по «Карте психосоматического обследования», разработанной специально для данного исследования. Отношение к материнству: проективная методика «Я и мой ребенок» (Г.Г. Филиппова, 2002); методика «Тест отношений беременной» (И.В. Добряков, 2003).

Исследование перинатальных факторов риска ПСР проводилось путем опроса матерей по «Шкале перинатального риска» (М.А. Куршин, 1988), а также опроса матерей детей младенческого и раннего возраста с заполнением оценочной шкалы эмоциональных проявлений ребенка Шванцары и шкалы оценки признаков психического напряжения и невротических тенденций Рузе. Закономерности нейропсихологического развития детей младшего школьного возраста исследовали

методом А.Р. Лурии в модификации Л. Цветковой. Для анализа личности подростков использовали Я-структурный тест Г. Аммона (ISTA), индивидуально-типологический опросник Л.Н. Собчик, метод полярных профилей самооценки, разработанный В.Е. Каганом и И.К. Шацем.

Статистический анализ при сравнении групп выполнен на основе критерия Манна–Уитни (U) для независимых выборок и Т-критерия Вилкоксона для зависимых выборок, критерий согласия Пирсона (χ^2). Для анализа корреляционных связей использовали коэффициент Спирмена, факторный анализ.

Пренатальный риск ПСР

Факторы пренатального риска у детей, страдавших ПСР, присутствовали в 98,3 % случаев. Сравнение частоты встречаемости этих факторов в эмпирической и контрольной группах позволил выделить наиболее значимые из них среди матерей детей с ПСР: эмоциональные нагрузки в период беременности ($\chi^2 = 39,9$), агрессия ($\chi^2 = 17,4$), раздражение ($\chi^2 = 18,3$), резкая смена настроения ($\chi^2 = 24,2$). Эмоциональные реакции и состояния сопровождались астенизацией ($\chi^2 = 39,0$), головной болью ($\chi^2 = 23,8$), нарушениями сна ($\chi^2 = 42,2$) и повышенной потливостью ($\chi^2 = 23,5$). Эти факторы находились в прямой значимой связи с такими осложнениями беременности и родов, как гестозы, хроническая фетоплацентарная недостаточность, угроза прерывания беременности, переношенная беременность, стимуляция родовой деятельности, острая асфиксия плода, кесарево сечение, родовые травмы.

Стиль переживания беременности

Анализ случайной выборки показал высокую частоту встречаемости неадекватного стиля переживания беременности (52 % матерей). Среди матерей, чьи дети страдали ПСР, наиболее часто встречался тревожный стиль переживания беременности. К числу редко встречавшихся можно отнести отвергающий и амбивалентный стили. Чаще, чем в группе матерей здоровых детей, в группе матерей детей с ПСР встречался амбивалентный стиль переживания беременности. Только у четверти матерей детей, страдавших ПСР, стиль переживания беременности был адекватным (табл. 1).

Таблица 1

Стили переживания беременности у матерей детей, страдавших ПСР, и матерей здоровых детей

Стиль	Группа ПСР (n=201)		Здоровые (n=218)	
	абс.	%	абс.	%
Адекватный	49	24,30	147	67,40
Тревожный	107	53,20	28	12,80
Эйфорический	17	5,40	15	6,90
Амбивалентный	24	11,90	16	7,30
Отвергающий	2	0,99	6	2,80
Игнорирующий	4	1,99	6	2,80

Примечание: выделены ячейки со статистически значимыми различиями показателей.

Среди женщин с адекватным стилем переживания беременности достоверно преобладали конструктивные Я-функции личности: конструктивная агрессия, конструктивная тревога, конструктивные внешнее и внутреннее Я-отграничения, конструктивная сексуальность. У женщин с неадекватным стилем переживания беременности чаще регистрировались деструктивная и дефицитарная тревога, дефицитарное внешнее Я-отграничение, деструктивное внутреннее Я-отграничение, деструктивный нарциссизм, дефицитарный нарциссизм и дефицитарная сексуальность.

Факторный анализ подтвердил предположение о включенности в этиопатогенез ПСР таких психологических факторов, как личностная и ситуативная тревожность матери, тревожный стиль переживания беременности, перинатальный риск. Выявлена высокая прямая корреляционная связь ($r = 0,8$) тревожного стиля переживания беременности с личностной и ситуативной тревожностью. Одновременно определена высокая степень обратной связи между личностной и ситуативной тревожностью и адекватным и эйфорическим стилями переживания беременности ($r = -0,5$ и $r = -0,4$ соответственно). Корреляционный анализ показал сопряженность материнской тревожности с ПСР у детей младенческого, раннего и дошкольного возраста ($r = 0,5$). Показано, что при высоком уровне личностной и ситуативной тревожности матерей повышается эмоциональное напряжение, возбудимость ребенка, что реализуется в полисимптомных ПСР [7].

Качественный и количественный анализ показал, что значимая ценностная ориентация на счастливую семейную жизнь, уверенность в себе, внутренняя гармония и свобода от сомнений, терпимость к взглядам и мнениям других, умение прощать другим ошибки и заблуждения, а также продуктивная жизнь с творческой самореализацией способствовали оптимальности гестации. Для женщин с неблагоприятным течением беременности характерна разная степень конфликтности осуществления внешних ценностных ориентаций и ценностная ориентация на высокое материальное благосостояние. У них чаще присутствовали деструктивные мотивы сохранения беременности и фрустрированность ситуацией беременности и становлением себя в роли матери из-за ограничения свободы, была свойственна неготовность жертвовать своим временем и развлечениями ради семьи. На фоне высокой ценностной ориентации на саморазвитие у этих женщин чаще регистрировались страхи, связанные с изменениями тела и утратой детородной функции [15].

Целенаправленное исследование влияния таких интранатальных факторов риска, как родовспоможение путем кесарева сечения (23,6 % выборки) и асфиксия плода (14,8 % выборки) выявило достоверные различия в сфере эмоционального и речевого развития, а также проявлений психической напряженности у ребенка. В сфере когнитивного и социального развития детей достоверных различий не найдено. Анализ клинической картины ПСР показал, что у младенцев,

рожденных путем кесарева сечения, достоверно чаще, чем у младенцев, рожденных естественным путем без осложнений и естественным путем с асфиксией, встречались симптом жвачки, анорексия, функциональные запоры, абдоминалгии, недостаточная прибавка массы тела, логоневроз, диатез, энурез и частые мочеиспускания. Асфиксия в родах чаще регистрировалась в анамнезе детей с симптомами ПСР дыхательной системы. ПСР двигательной и сердечно-сосудистой систем достоверно чаще встречались у детей с интранатальными факторами риска (кесарево сечение, асфиксия в родах) [7, 8].

Семейный фактор

В семьях, имеющих детей с ПСР, отмечались неадекватные типы воспитания: доминирующая или потворствующая гиперопека и гиперпротекция (47,3 %), гиперсоциальный тип воспитания (14,3 %), эмоциональная депривация ребенка (13,1 %), гипоопека (29,3 %). При этом отмечено, что у детей, страдавших ПСР пищеварительной системы, преобладали гиперопека и гиперпротекция (53,6 %). В подгруппе детей с ПСР сердечно-сосудистой системы примерно с одинаковой частотой регистрировались воспитание в виде гиперопеки (43,7 %) и гипоопеки (39,1 %), эмоциональная депривация (9,4 %). При ПСР выделительной системы преобладало воспитание по типу гипоопеки (48,2 %), а при ПСР кожной системы – потворствующая гиперопека. У детей с ПСР эндокринной системы отмечалась более разнообразная картина: в 33,2 % случаях преимущественно с патологией щитовидной железы и ожирением преобладало воспитание по типу гипоопеки и эмоциональной депривации, в случае нарушения половой дифференцировки нередко на фоне неполной семьи отмечалось воспитание с доминирующей гиперпротекцией и гиперопекой [7, 10].

Нейропсихологическое исследование часто болеющих детей младшего школьного возраста

При выполнении пробы «кулак – ладонь – ребро» дети эмпирической группы достоверно чаще демонстрировали трудности переключения с одного элемента на другой, недостаточную плавность выполнения пробы, причем ошибки были характерны для трех возрастных групп младшего школьного возраста: 1, 2, 3-й классы. С возрастом (к 3-му классу) наблюдалось улучшение выполнения пробы. Выполнение графической пробы «Забор», позволяющей оценить динамическую организацию движений часто болеющими детьми 1–3-го классов, показало наличие трудностей переключения с одного элемента на другой, замены прямых линий на наклонные; медленный темп выполнения пробы.

Исследование кинестетического праксиса проводилось с помощью пробы на праксис позы кисти руки путем воспроизведения заданного положения пальцев. Безошибочно выполнили пробу в 1-м классе 54,3 %, во 2-м классе – 61,4 % и в 3-м классе – 70,5 % часто болеющих детей. У остальных детей (соответственно 45,7, 38,6 и 29,5 %) наблюдались ошибки в виде переноса позы с одной руки на другую, дифференцировки движений, замедленности выполнения пробы.

Исследование реципрокной координации показало, что безошибочное выполнение пробы детьми эмпирической группы было возможно только в замедленном темпе, когда и отмечались плавность и симметричность переключения движений. Правильное выполнение пробы отмечено: в 1-м классе у 19,4 %, во 2-м классе – у 30,2 % и в 3-м классе – у 43,5 % детей. Для большинства часто болеющих детей с ПСР 1-го класса (80,6 %) оказались недоступными плавные переключения, наблюдался разнос рук, в 15,4 % случаев наблюдалась дезавтоматизация движений при ускорении темпа. Отмечена положительная динамика выполнения данной пробы третьеклассниками из эмпирической группы, 43,4 % детей справились с выполнением пробы, отмечались единичные сбои с самокоррекцией при ускорении темпа. В 56,6 % наблюдений отмечались такие ошибки, как разнос рук, замедленный темп выполнения задания. Оценка достоверности различий с вычислением коэффициента Манна–Уитни показала, что реципрокная координация движений, динамический и кинестетический праксис у детей с ПСР были сформированы на более низком уровне, чем у здоровых детей младшего школьного возраста.

Копирование фигуры Тейлора позволяет определить стратегию оптико-пространственной деятельности ребенка. Основными ошибками при копировании детьми фигуры Тэйлора являлись фрагментарно-хаотический тип стратегии копирования, структурно-топологические и метрические ошибки. В 1-м и 2-м классах встречался феномен поворота на 90 градусов, что являлось результатом доминирования обобщенного способа опознания фигуры с преимущественным выделением структурных свойств объекта над координатными.

Сравнительный анализ понимания логико-грамматических конструкций часто болеющими и здоровыми детьми показал статистически значимые различия. Параметрами оценки служили время выполнения и количество правильно понимаемых конструкций. Безошибочное выполнение пробы для часто болеющих детей было доступно в 1-м классе в 34 %, во 2-м классе – в 33 %, в 3-м классе – в 22 % наблюдений. В 1-м классе ошибки были связаны с трудностями понимания предлогов «за», «перед», «в», «позади», «под» и с пониманием инверсных конструкций [7, 11].

Исследование самооценки

Метод «Полярные профили» показал, что среди детей младшего школьного возраста, страдавших ПСР, преобладали неадекватно заниженная общая самооценка и самооценка по шкалам «сотрудничество», «контроль поведения», «эмоциональность» и «стиль деятельности» (табл. 2). Корреляционный анализ двигательного праксиса, пространственных представлений и самооценки у детей младшего школьного возраста с ПСР

дыхательной системы выявил наличие прямой значимой связи между самооценкой стиля деятельности и выполнением фигуры Тейлора, самооценкой контроля поведения и образами зрительных представлений.

Анализ результатов исследования самооценки у подростков, страдавших ПСР, определил достоверное снижение самооценки по всем шкалам теста «Полярные профили» (табл. 3).

Исследование Я-функций личности

Я-структурный тест в группе здоровых, социально адаптированных подростков показал, что и у мальчиков, и у девочек преобладали конструктивные шкалы. Существовали достоверные различия функций Я мальчиков и девочек по шкалам «конструктивная агрессия», «конструктивная тревога», «конструктивное внешнее Я-отграничение», конструктивное и дефицитарное «внутреннее Я-отграничение», «конструктивный нарциссизм», конструктивная и дефицитарная «сексуальность». Характеристика Я-функций личности мальчиков из группы нормы показала, что у них преобладали конструктивная агрессия и конструктивная внутренняя граница Я. У девочек достоверно выше были оценки по шкалам «деструктивная агрессия», «конструктивная тревога», деструктивная и дефицитарная «внешняя граница Я», дефицитарная внутренняя «граница Я» и конструктивный и деструктивный «нарциссизм» (рис.) [4].

Изучение Я-функций методом ISTA у девочек-подростков, страдавших ПСР эндокринной системы (дисменорея), показал достоверные различия с показателями в группе здоровых девочек по шкалам «деструктивная агрессия», «дефицитарная тревога», «дефицитарный нарциссизм», «деструктивная сексуальность» и «дефицитарная сексуальность». Показатель конструктивной тревоги был достоверно выше в группе здоровых (табл. 4).

У подростков с ПСР пищеварительной системы выявлены достоверно повышенные уровни дефицитарной агрессии, дефицитарного внешнего Я-отграничения, дефицитарного внутреннего Я-отграничения и деструктивной тревоги (табл. 5).

Анализ результатов ISTA в подгруппе подростков с ПСР выделительной системы показал наличие статистически достоверных различий по показателям: «конструктивная агрессия», «конструктивная тревога», «конструктивное внешнее Я-отграничение», «конструктивная сексуальность», «деструктивная сексуальность» и «дефицитарная сексуальность» (табл. 6).

Корреляционный анализ выявил обратную значимую связь между деструктивной агрессией и самооценкой сотрудничества (r = –0,4), а также самооценкой стиля деятельности (r = –0,4), проявляющейся в способности чувствовать тревогу, перерабатывать ее,

Таблица 2

Показатели самооценки по шкалам теста «Полярные профили» у детей младшего школьного возраста

Показатель	ПСР пищеварительной системы		ПСР выделительной системы		ПСР дыхательной системы	
	U	Z	U	Z	U	Z
Коммуникации	1477,0	–1,64	561,0	–3,08	930,0	–3,58
Сотрудничество	917,5	–4,26	386,0	–4,57	627,0	–5,17
Контроль поведения	534,0	–6,06	110,5	–6,86	161,5	–7,66
Эмоциональность	565,5	–5,96	111,0	–6,87	236,0	–7,50
Стиль деятельности	1403,5	–2,01	291,5	–5,46	612,5	–5,49
Общая самооценка	696,0	–5,26	151,5	–6,50	268,0	–7,00

Таблица 3

Показатели самооценки по шкалам теста «Полярные профили» у подростков

Показатель	Общая группа		Мальчики		Девочки	
	U	Z	U	Z	U	Z
Коммуникации	1558,0	–8,67	640,0	–4,64	157,5	–7,55
Сотрудничество	1476,0	–8,87	621,5	–4,76	112,0	–7,87
Контроль поведения	1430,0	–8,97	271,0	–7,07	462,5	–5,44
Эмоциональность	2471,0	–6,52	625,0	–4,76	597,0	–4,53
Стиль деятельности	1750,0	–8,22	842,5	–3,32	102,5	–7,94
Общая самооценка	1077,0	–9,81	460,0	–5,81	84,0	–8,08

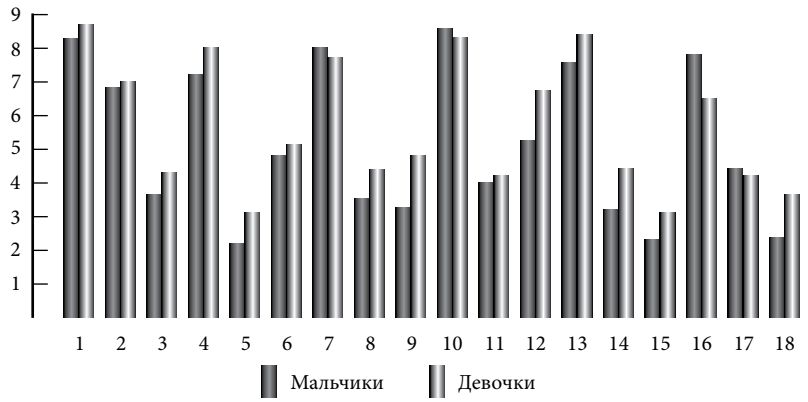

Рис. Оценки шкал Я-структурного теста в группе здоровых, социально адаптированных подростков:

1 – конструктивная агрессия, 2 – деструктивная агрессия, 3 – дефицитарная агрессия, 4 – конструктивная тревога, 5 – деструктивная тревога, 6 – дефицитарная тревога, 7 – конструктивное внешнее Я-ограничение, 8 – деструктивное внешнее Я-ограничение, 9 – дефицитарное внешнее Я-ограничение, 10 – конструктивное внутреннее Я-ограничение, 11 – деструктивное внутреннее Я-ограничение, 12 – дефицитарное внутреннее Я-ограничение, 13 – конструктивный нарциссизм, 14 – деструктивный нарциссизм, 15 – дефицитарный нарциссизм, 16 – конструктивная сексуальность, 17 – деструктивная сексуальность, 18 – дефицитарная сексуальность.

Таблица 4

Показатели шкал ISTA в подгруппе девочек-подростков с ПСР эндокринной системы

Я-функция	U	Z
Конструктивная тревога	154,0	–3,58
Деструктивная тревога	281,5	–2,21
Дефицитарный нарциссизм	192,5	–3,31
Деструктивная сексуальность	270,0	–2,78
Дефицитарная сексуальность	169,5	–3,95

Таблица 5

Показатели шкал ISTA в подгруппе мальчиков-подростков с ПСР пищеварительной системы

Я-функция	U	Z
Конструктивная агрессия	246,5	–3,04
Конструктивная тревога	202,0	–3,71
Конструктивное внешнее Я-отграничение	228,0	–3,32
Конструктивная сексуальность	294,0	–2,32
Деструктивная тревога	316,0	–2,02
Дефицитарная агрессия	209,0	–3,6
Дефицитарное внешнее Я-отграничение	175,5	–4,09
Дефицитарное внутреннее Я-отграничение	266,0	–2,74

Таблица 6

Показатели шкал ISTA в подгруппе мальчиков-подростков с ПСР выделительной системы

Я-функция	U	Z
Конструктивная агрессия	238,5	–3,05
Конструктивная тревога	266,5	–3,05
Конструктивное внешнее Я-отграничение	293,5	–2,65
Конструктивная сексуальность	253,5	–3,20
Деструктивная сексуальность	338,5	–2,00
Дефицитарная сексуальность	272,0	–2,97

действовать адекватно ситуации, использовать тревогу для решения адаптационных задач. Самооценка стиля деятельности была обратно связана с деструктивным внутренним Я-отграничением (r = –0,4), то есть снижалась по мере нарастания выраженности рационализма, педантизма и ригидной защиты от естественных требований. Общая самооценка зависела от конструктивного внешнего Я-отграничения (r = –0,4), то есть повышалась с увеличением открытости, общительности, коммуникабельности, хорошей интегрированности внутреннего опыта, связанного с интерперсональной активностью. Способность к постановке собственных целей и задач, согласующихся с требованиями окружающих, хороший эмоциональный контакт с внешней реальностью способствовали повышению общей самооценки.

Заключение

Таким образом, анализ результатов исследования факторов и механизмов патогенного психосоматического развития выявил непрерывную возрастную динамику, включающую проблемы пренатального и постнатального развития, влияние матери и семьи, что обусловливает необходимость комплексной повозрастной диагностики этих состояний у детей и подростков. Факторы этиопатогенеза ПСР существенно отличаются на разных этапах онтогенетического развития. К ранним психосоциальным факторам, повышающим риск развития ПСР, относятся стиль отношения матери к беременности, связанный с ее личностными особенностями и ценностно-смысловой сферой, и способ родовспоможения [3, 7, 15]. Результаты исследования стилей переживания беременности в случайной выборке позволяют говорить об их связи с личностными особенностями женщин и о низкой степени влияния биологического фактора на формирование стиля переживания беременности [3]. Преобладание конструктивных Я-функций личности у женщин с адекватным стилем переживания беременности обусловливает ответственное, гармоничное, позитивное отношение к самой беременности, к будущему ребенку, к своей роли матери. При неадекватном стиле переживания беременности в структуре личности выявлено преобладание деструктивных и дефицитарных Я-функций личности. Для таких женщин характерно пассивное отношение к жизни, тревожность, нестабильное отношение к себе, крайняя обидчивость. Тревожный стиль отношения к беременности у матери повышает риск развития ПСР через формирование тревожного эмоционального фона у ребенка [7, 8].

Предположение о том, что формирование у ребенка с различными ПСР схемы тела отражает тревожное состояние матери, озабоченной состоянием его здоровья, подтверждено результатами нейропсихологического исследования детей младшего школьного возраста [11]. Результаты наших исследований показали, что важной причиной неуспешности учебной деятельности у часто болеющих детей младшего школьного возраста является недостаточная сформированность двигательных функций (динамического и кинестетического праксисов и реципрокной координации движений), пространственных и квазипространственных представлений, основой которых является искаженный в условиях частых простудных заболеваний соматогнозис. В условиях увеличения и усложнения учебного материала это обусловливает трудности в обучении детей и, отражаясь на школьной успешности ребенка, непосредственно влияет на формирующуюся самооценку. Исследования самооценки у детей младшего школьного возраста и подростков, страдающих ПСР, показали снижение ее показателей по всем исследуемым шкалам [9].

Анализ результатов исследования Я-функций личности у здоровых мальчиков-подростков, продемонстрировавший преобладание конструктивных и деструктивных шкал, свидетельствует о высоком уровне энергии и жизненной активности. Наиболее высокие показатели наблюдались по шкалам конструктивной агрессии и конструктивного внутреннего отграничения,

что позволяет говорить о наличии позитивного стремления к деятельности, инициативности и активной жизненной позиции. Кроме того, отмечено, что к своему возрасту подростки уже достаточно хорошо дифференцируют свой образ, имеют сложившиеся представления о себе и стремятся к дифференциации себя и окружающего мира, обладают позитивным контактом с самим собой. Следовательно, у мальчиков-подростков был сформирован целостный образ Я, они четко понимали, кто они и чего хотят. Высокие показатели по шкалам конструктивной внешней границы Я, нарциссизма и сексуальности свидетельствуют о том, что подростки умели устанавливать и поддерживать близкие взаимоотношения, стремились к взаимодействию с окружающими и при этом сохраняли собственное Я. Самооценка подростков была в целом положительная, их отношение к себе и своему телу дифференцированно и конструктивно. Конструктивное проявление функции сексуальности говорит о том, что мальчики способны получать удовольствие от собственного тела и реально осознают его потребности, а следовательно, имеют четкое представление о собственном теле. У здоровых, социально адаптированных девочек-подростков определено преобладание конструктивной агрессии, конструктивной внутренней границы Я и конструктивного нарциссизма. Преобладание функции нарциссизма в структуре Я здоровых девочек-подростков свидетельствует о способности по-настоящему полно воспринимать свои возможности и реализовать их, ощущать свою силу и компетентность, прощать себе ошибки и промахи, извлекая необходимые уроки. В отличие от мальчиков, чья конструктивная активность чаще носила общий характер, девочки больше понимали, куда и как эту активность нужно направлять. В то время как мальчики, пренебрегая опасностью, могли растрачивать свой потенциал, девочки, продемонстрировали большую бережливость и осторожность. Благодаря конструктивному уровню развития нарциссизма они имели более высокую самооценку, чувство собственного достоинства и реалистичность в восприятии себя и других [4].

Исследование Я-функций личности у подростков, страдавших ПСР, показавшее различную картину преобладания деструктивных и дефицитарных шкал в зависимости от преимущественной вовлеченной системы, позволяет говорить о различных личностных особенностях детей. Так, выраженность дефицитарных и деструктивных шкал у девочек-подростков с ПСР эндокринной системы позволяет предполагать отсутствие активности, контакта с собой и другими людьми, пассивность и уход в себя, неспособность воспринимать страх у себя и окружающих. Неспособность дифференцировать себя от других сочеталась с неспособностью отказывать другим, при этом имел место отказ от собственных интересов и потребностей. В ситуациях опасности у них отмечалось отсутствие адекватной реакции, недостаточная способность формировать целостное отношение к себе, реалистично оценивать себя. В итоге для девочек с ПСР эндокринной системы было характерно ощущение собственной ненужности и неполноценности [7, 9]. Достоверно высокий уровень дефицитарной агрессии у подростков с ПСР пищеварительной системы свидетельствуют о запрете на реализацию имеющегося потенциала активности. Это является глубоким расстройством центральной Я-функции, формирующимся либо в условиях эмоционального отвержения ребенка, либо при чрезмерной идентификации с ним. Результатом является пассивность жизненной позиции, отказ от собственной идентичности, зависимость. Это подтверждается достоверно высоким уровнем деструктивной тревоги, обусловливающим серьезные трудности в самореализации, чувство беспомощности в ситуациях, требующих мобилизации и подтверждения идентичности. Высокий уровень дефицитарного внешнего Я-отграничения подтверждает наличие проблем с аутоидентичностью у подростков с ПСР, так как означает сверхпроницаемость внешней границы. Как правило, это является следствием того, что ребенок не поддерживается матерью в поисках собственной идентичности, а ригидно воспринимается ею как неизменная часть ее самой. При этом достоверно высокий уровень внутреннего Я-отграничения говорит о несформированности внутренней границы Я. В таких условиях возможности реалистического восприятия и регулирования собственных телесных процессов заметно сокращены. С одной стороны, актуализированные телесные потребности подлежат немедленному удовлетворению и не могут быть отложены, с другой – многие действительные «телесные нужды» могут длительное время оставаться без всякого внимания [14]. Клинические наблюдения показывают, что именно такое поведение и наблюдается у подростков и взрослых с ПСР пищеварительной системы.

Высокий уровень дефицитарной сексуальности у подростков с ПСР свидетельствовал о низкой сексуальной активности, стремлении избегать половых контактов вплоть до полного отказа от них, тенденции заменять реальные сексуальные отношения фантазиями [14]. Выявленные особенности Я-функций в подгруппе подростков с ПСР выделительной системы объясняются характером ПСР – нарушение выделительной функции в виде энуреза, гипо- или гиперрефлекторного мочевого пузыря, наличием малых форм нарушения половой дифференцировки и соответствуют данным клинико-психологического наблюдения, отраженным в карте психосоматического обследования [7, 12].

Анализ теоретико-методологических оснований проблемы психосоматического развития в условиях нормы и патологии и анализ результатов эмпирического исследования факторов и механизмов психосоматических расстройств в детском возрасте явились основой для построения концепции психосоматического фенотипа [6–8]. Психосоматический фенотип является продуктом психосоматического развития и представляет собой совокупность соматических

(внешних и внутренних), психологических, психосоциальных и ценностных свойств личности, присущих ей механизмов психологической регуляции телесных функций, прямо связанных с такими психосоматическими феноменами, как схема и образ тела. Ядром психосоматического фенотипа мы считаем формирующуюся личность ребенка, причем те компоненты личности, которые формируются в процессе развития самосознания и рефлексивных механизмов: первичную телесную идентичность, образ тела, пространственные представления, самооценку, «Я-концепцию», идентичность. При этом личность формируется под непосредственным влиянием генетических факторов, системы отношений матери (отношение к собственной матери, к себе как к матери, к беременности, к отцу ребенка, к ребенку), а также таких социальных факторов, как ценность человека и материнства в обществе. Через формирование ценности собственного тела и его функций происходит формирование первичных ценностно-смысловых компонентов личности. Особенности формирующейся личности определяют поведение, характер контактов ребенка с другими, эмоциональные реакции, а следовательно, особенности эксплуатации вегетативных систем и тип метаболизма. Собственно психосоматическое развитие представляет развертывание психосоматического фенотипа в онтогенезе. Это развитие может иметь либо саногенный, либо патогенный характер. Саногенный вариант психосоматического развития обусловлен адекватным стилем переживания беременности, физическим здоровьем матери, адекватными возрасту материнско-детскими отношениями. Это определяет формирование неискаженной схемы тела и первичной телесной идентичности ребенка. Саногенное психосоматическое развитие характеризуется позитивным отношением к своему телу, способностью получать радость и удовольствие от движений, прочих телесных функций, предметной деятельности, телесных контактов с родителями. Следствием этого являются позитивное самоотношение, развитые двигательные навыки, адекватная стратегия оптико-пространственной деятельности, адекватная положительная самооценка и образ Я, конструктивные Я-функции личности.

Развитие психосоматического фенотипа по саногенному пути определяется формированием позитивной и гармоничной системы отношений с матерью, собой и окружающим миром. В таком случае ребенок развивается адекватно в каждом периоде онтогенеза. В противном случае психосоматический фенотип развивается по патогенному пути, для которого характерно искаженное восприятие своих телесных феноменов, формирование симптоматического межличностного контакта с матерью, искаженные соматогнозис и самосознание. Личностное развитие ребенка отражает всю специфику нарушений в первичных детско-материнских отношениях. Отмечающиеся при этом нарушения: формирования первичной телесной идентичности младенца и соматогнозиса; эмоционального развития; развития предпосылок речи; алекситимия; пространственных представлений и стратегии оптико-пространственной деятельности; деформированная структура Я – являются проявлением формирующегося патогенного психосоматического фенотипа. Искаженный образ тела и искаженное самосознание определяют патологические поведенческие паттерны и когниции. Все развитие психических функций «подчиняется» патогенной психосоматической доминанте. Замыкается порочный круг, так как поведенческие паттерны имеют соответствующее вегетативное и метаболическое обеспечение [7, 8].

Высказаны предположения о том, что сенситивный период формирования патогенного психосоматического фенотипа – младенческий и ранний детский возраст. На каждом этапе онтогенеза патогенный психосоматический фенотип имеет специфику проявлений. Психосоматическое расстройство в любом возрасте рассматривается как закономерное отражение патогенного психосоматического фенотипа [8].

Анализ эмпирических данных позволил выявить ряд факторов, обусловливающих патогенное развитие психосоматического фенотипа:

1) высокий уровень психологических факторов пренатального риска (тревожный стиль отношения к беременности, нежелательная беременность, стрессы во время беременности);
2) способ родовспоможения путем кесарева сечения, формирующий пассивную позицию в ситуации преодоления;
3) специфические отношения матери и ребенка, характеризующиеся повышенным вниманием к симптоматическим телесным проявлениям;
4) неадекватные типы семейного воспитания, преобладание доминирующей гиперопеки и гиперпротекции.

К механизмам развития ПСР можно отнести искаженное самосознание ребенка (нарушения развития соматогнозиса, пространственных представлений, стратегии оптико-пространственной деятельности, зрительно-пространственного восприятия к младшему школьному возрасту в условиях наличия хронической соматической симптоматики, приводящие к школьной неуспешности), неадекватно низкую самооценку как отражение искаженного процесса самосознания и, как следствие, преобладание дефицитарных и деструктивных Я-функций в структуре личности подростка.

Литература

1. Аммон Г. Психосоматическая терапия. СПб.: Речь, 2000. 239 с.
2. Антропов Ю.Ф., Бельмер С.В. Соматизация психических расстройств в детском возрасте. М.: Медпрактика-М, 2005. 443 с.
3. Денисова В.А., Кравцова Н.А. Я-функции личности женщин и стиль переживания беременности // Сибирский психологический журнал. 2011. № 41. С. 76–80.
4. Довженко А.Ю. «Я» функции личности у здоровых социально-адаптированных подростков: гендерный аспект // Детство и семья в современном мире: материалы международной научно-практической конференции / под ред. Н.А. Кравцовой. Владивосток: Изд-во МГУ им. Г.И. Невельского, 2012. С. 79–87.

5. Залевский Г.В. Личность и фиксированные формы поведения. М.: Институт психологии РАН, 2007. 336 с.
6. Кравцова Н.А. Модель патогенного психосоматического фенотипа // Актуальные проблемы клинической и прикладной психологии: сб. статей / под ред. Н.А. Кравцовой. Владивосток: Изд-во МГУ им. Г.И. Невельского, 2009. С. 100–105.
7. Кравцова Н.А. Психологическое содержание организационных форм и методов оказания помощи детям и подросткам с психосоматическими расстройствами: дис. … д-ра психол. наук. Владивосток, 2009. 356 с.
8. Кравцова Н.А. Психологические детерминанты развития психосоматических расстройств. Патогенный психосоматический фенотип. Владивосток: Медицина ДВ, 2013. 224 с.
9. Кравцова Н.А. Самооценка и «я» функции личности подростков, страдающих психосоматическими расстройствами // Проблемы здоровья личности в теоретической и прикладной психологии: материалы международной науч.-практ. конф. / под ред. Н.А. Кравцовой. Владивосток: Изд-во МГУ им. Г.И. Невельского, 2011. С. 100–105.
10. Кравцова Н.А. Семейные факторы и личностные предиспозиции психосоматических расстройств // Детство и семья в современном мире: материалы международной научно-практической конференции / под ред. Н.А. Кравцовой. Владивосток: Изд-во МГУ им. Г.И. Невельского, 2012. С. 251–260.
11. Кравцова Н.А., Катасонова А.В. Нейропсихология формирования двигательных функций и пространственных представлений у часто болеющих детей младшего школьного возраста // Психол. наука и образование. 2011. № 2. URL: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2011/n2 (дата обращения 08.07.2013).
12. Кравцова Н.А., Кравцова А.Ю. Кравцов Ю.А., Кадыров Р.В. Структура личности у мальчиков-подростков с малыми формами нарушения половой дифференцировки // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2009. № 2. С. 53–56.
13. Николаева В.В., Арина Г.А. Клинико-психологические проблемы психологии телесности // Психологический журнал. 2003. Т. 24, № 1. С. 119–126.
14. Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. СПБ.: Институт им. В.М. Бехтерева, 2003. 438 с.
15. Рабовалюк Л.Н., Кравцова Н.А. Мотивы сохранения беременности (по данным наблюдений клинического психолога) // Гуманитарные исследования в Восточной Сибири и на Дальнем Востоке. 2012. № 2. С. 119–122.
16. Семке В.Я. Психогении современного общества. Томск: Изд-во Томского ун-та, 2003. 408 с.

Поступила в редакцию 09.07.2013.

FACTORS AND MECHANISMS OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS

N.A. Kravtsova, A.V. Katasonova, A.Yu. Dovzhenko, V.A. Denisova, L.N. Rabovalyuk

Pacific State Medical University (2 Ostryakova Av. Vladivostok 690950 Russian Federation)

Summary – The paper summarises the long-term studies on factors and mechanisms of psychosomatic disorders at the Department of Clinical Psychology of the Pacific State Medical University. The aggregate sampling comprised 3738 children and teenagers suffering from different forms of psychosomatic disorders, 383 healthy children and teenagers, and 1490 pregnant women and mothers. It allowed detecting relevant factors contributed to the development of psychosomatic disorders like high levels of psychology-related prenatal risk factors, labour induction with caesarean section and birth asphyxia during vaginal delivery, specific maternal-infant relations characterised by an increased attention to symptomatic physical manifestations, and inadequate types of family education. The mechanisms of psychosomatic disorders include disorders related to the development of self-consciousness from somatognosis, spatial representations, strategies for optical spatial activity down to inadequately low self-appraisal, and therefore, prevalence of deficient and destructive I-functions in a teenager's personality structure.

Key words: *children and teenagers, self-appraisal, somatognosis, I-function.*

Pacific Medical Journal, 2013, No. 4, p. 48–55.

УДК 616.858-085.21

ЛЕЧЕНИЕ РАННЕЙ СТАДИИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

А.В. Росинская[1], *В.К. Датиева*[2]

[1] Приморская краевая клиническая больница № 1 (690091, г. Владивосток, ул. Алеутская, 57),
[2] Российская медицинская академия последипломного образования (123995, г. Москва, 2-й Боткинский пр-д, 5),

Ключевые слова: *противопаркинсонические средства, ингибитор моноаминооксидазы типа В, леводопа, прамипексол.*

Краткий обзор литературы, посвященный лечению болезни Паркинсона на ранней стадии. Обсуждаются преимущества и недостатки монотерапии, принципы выбора противопаркинсонического препарата, особенности лечения пациентов различных возрастных категорий и применение новой формы прамипексола с длительным высвобождением.

Поскольку на данный момент способность замедлять процесс нейродегенерации за счет нейропротективного (защита интактных клеток) или нейрорепаративного (восстановление активности частично поврежденных клеток) эффектов ни у одного из имеющихся лекарственных средств убедительно не доказана, лечение болезни Паркинсона (БП) основывается в первую очередь на симптоматическом действии. Тем не менее потенциальная возможность нейропротекции, подтверждаемая экспериментальными или клиническими данными, должна учитываться при назначении лечения [3].

В течение длительного времени противопаркинсонические средства было принято назначать в том случае, когда хотя бы одно из проявлений БП приводило к ограничению жизнедеятельности пациента. В последнее время широкое распространение получила концепция, подчеркивающая важность раннего назначения дофаминергической терапии – немедленно после установления диагноза – с тем, чтобы быстрее скорректировать нейрохимический дисбаланс в мозге и поддержать процессы компенсации. Хотя убедительных клинических доказательств долгосрочных преимуществ такого подхода пока нет, он представляется рациональным.

Росинская Анна Владимировна – заведующая кабинетом экстрапирамидных расстройств Приморской краевой клинической больницы № 1; тел.: +7 (423) 240-05-16, e-mail: rosinskaya@bk.ru