МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ

**Курсовая работа**

**Влияние семьи на возникновение и течение психосоматических заболеваний у детей**

2008

**Содержание**

Введение

Глава 1. Теоретико-методологические принципы исследования психосоматических заболеваний

1.1 Научные подходы к определению понятия «психосоматическое заболевание

1.2 Этиология психосоматических заболеваний

1.3 Симптомы психосоматических заболеваний

Выводы к главе 1

Глава 2. Влияние семьи на возникновение и течение психосоматических заболеваний у детей

2.1 Психические особенности и психосоматические расстройства в период раннего детства и у детей дошкольного и младшего школьного возраста

2.2 Формирование и развитие психосоматических заболеваний у детей

2.3. Роль семьи при возникновении и протекании психосоматических заболеваний у детей

2.4. Лечение

Выводы

Заключение

Список литературы

Приложение 1

**Введение**

Одной из наиболее актуальных проблем сегодняшнего дня является проблема роста психосоматических заболеваний у детей и подростков. Это связано, в первую очередь, с общей социальной напряженностью, психологической неуравновешенностью всего общества. Поляризация доходов, сложное экономическое положение большинства семей, отсутствие уверенности, в завтрашнем дне ведут к росту тревожности, раздраженности, и, как следствие, к росту психосоматических заболеваний у взрослых и детей.

Частота психосоматической патологии в структуре общей заболеваемости в последнее время настолько увеличилась, что некоторые исследователи стали называть современное общество «психосоматически ориентированным». Трудно назвать соматическое заболевание, при котором на том или ином этапе не возникали бы психосоматические реакции или расстройства, утяжеляющие его течение и способствующие хронификации.

Психосоматические заболевания у детей возникают в результате неблагополучных семейно бытовых отношений, отсутствия контроля за поведением, избыточной занятости родителей и частых разводов.

Среди детей и подростков распространенность заболеваний со сложными взаимосвязанными психическими и соматическими проявлениями значительна и имеет устойчивую тенденцию к росту. До 40 % детей, наблюдаемых педиатрами, не имеют диагностически верифицированных заболеваний, хотя и предъявляют множество соматических жалоб. Удельный вес таких детей в разных популяциях имеет значительные вариации в зависимости от этнокультуральных особенностей, социального окружения, семейной инфраструктуры, восстания (Любан-Плоцца Б. и др., 1977) [9].

Развитие науки и техники растет в геометрической прогрессии. Радио, телевидение, сотовая связь, персональные компьютеры, новые технические и химические технологии создают постоянные психологические и физические перегрузки на человека, снижают способность его организма к социальной и биологической адаптации.

Экологические условия жизни на Земле ухудшаются, усиливается воздействие вредных факторов на здоровье людей, меняются генные структуры человека. Рождается много детей с выраженными патологиями, с ослабленным здоровьем. Многие психосоматические заболевания у детей закладываются в детстве. Нерешенные психосоматические проблемы родителей и воспитателей проецируются на ребенка, повторяются у него в усугубленном виде.

В современном обществе прослеживается кризис семьи, которая оказывается не только в социально-экономической плоскости. Недостаточным также психолого-педагогический и социально педагогический ровные подготовки взрослых к семейной жизни. Актуальными проблемами является отсутствие единственной стратегии, последовательности воспитания детей, в семьи, непонимания самой ценности и уникальности каждого ребенка, неспособность родителей прогнозировать последствия воспитания [11, с. 46].

В специальных исследованиях и публикациях констатируются факты ослабления роли современной семьи с одной стороны, и укрепление семьи с повышением уровня ее педагогической культуры – с другой. Анализ современного общества и семьи в нем, проведенный учеными, свидетельствует о том, что семья часто неспособна создать условия для социализации ребенка. Это приводит к возникновению разнообразных психологических проблем и, как следствие, заболеваний [4, c. 31].

На сегодняшний день психологической литературы об психосоматических заболеваниях достаточно много. Однако по причине отсутствия фундаментальных исследований в этой области уровень и глубина представлений о детской психосоматике остаются старыми, что отображают лишь внешние аспекты этого феномена.

Проблема психосоматических заболеваний у детей представляется нам актуальной с точки зрения дифференциации норм и отклонений в развитии, и разработки программ психолого-педагогической| поддержки (профилактики, коррекции, развития, лечения, и т.д.) ребенка, соответственно этой дифференциации.

Актуальность данного исследования определяется высокой социальной значимостью рассматриваемой нами проблемы, быстрым темпом ее широкого распространения в популяции, а также необходимостью проведения новых фундаментальных исследований в этой области.

Цель данной работы – ознакомление с особенностями влияния семьи на возникновение и протекание психосоматических заболеваний у детей.

Объектом нашего исследования является литература, посвященная психосоматическим заболеваниям у детей.

Предметом исследования является влияние семьи на возникновение и протекание психосоматических заболеваний у детей.

Исходя из указанной цели, можно выделить следующие задачи исследования:

* 1) совершить обзор медицинской и психологической литературы, посвященной психосоматическим заболеваниям;
* 2) на основе изученных данных определить возникновение и протекание психосоматических заболеваний;
* 3) определить особенности влияния семьи на возникновение и протекание психосоматических заболеваний у детей.

**Глава 1. Теоретико-методологические принципы исследования психосоматических заболеваний**

**1.1. Научные подходы к определению понятия «психосоматическое заболевание»**

Термин «психосоматика» впервые был применен в начале XIX века Дж.Хаинрот. Позже, в XX веке, психоаналитик Г. Гроддек использовал психоанализ в своем санатории в Баден-Бадене при лечении главным образом соматических заболеваний.

К числу научных концепций, оказавших существенное влияние на развитие психосоматической психологии, относятся теория нервизма И.М.Сеченова, психофизиологическое учение И.П. Павлова, теория стресса Г.Селье (1999), а также психосоматическая теория 3.Фрейда. В частности, конверсионная модель 3.Фрейда описывает смещение психического конфликта (конверсию) и попытку разрешить его через тело — соматические, моторные (например, параличи) или чувственные (например, утрата чувствительности или локализованная боль) проявления. Происходят «отделение либидо» от бессознательных, вытесненных представлений и преобразование этой либидонозной энергии в энергию соматическую [3].

Прогресс исследований в области психосоматической теории связан с именами Ф. Александера, последовательно развивавшего представления о роли психических факторов в генезе соматической патологии.

Соматические процессы (от греч. «сома» - тело) — процессы, связанные с состоянием тела; они влияют на психику, могут быть и влияния обратного рода, когда слово влияет на телесные процессы (слово «ранит»). Острота вопроса о соотношении психики и телесности становится более заметной, если либо тело, либо психика претерпевает нарушения, приходит в болезненное состояние. Например, телесное хроническое заболевание кожи, выражающееся в появлении пигментации, высыпании мелких узелков, чешуек, требует не только изменения поведения, образа жизни (соблюдение определенной диеты, приема лекарств), но и порождает мучительные душевные переживания (чувство стыда, неудобство при общении с окружающими, кожный зуд и др.). Возникает ограничение контактов с людьми, пересмотр жизненных планов.

В учебных коллективах могут найтись люди злобные и соматические недостатки они могут делать предметом осмеяния, оскорбительных прозвищ.

Стремление человека «встать выше» своего физического недостатка и максимально использовать и развивать имеющиеся возможности позволяет ему найти подходящую, доступную деятельность и быть в ней успешным [2;13, 52-53 стр.].

В истории психологии можно отыскать многочисленные попытки интегративной оценки психосоматических заболеваний. Проблема соотношения «психического» и «соматического» с давних времен является одним из ключевых вопросов психологической науки. Этапным моментом в становлении психосоматического (психовисцерального) направления стало введение Воттег (1894) понятия «психогения». Стремительное изменение жизненного уклада, характерное для XX века, поставило психогении в ранг важнейших социальных проблем [2;15].

Исторически проблему тропности патологических психовегетативных влияний связывают с представлениями 3. Фрейда (1885) об истерической конверсии. Его концепция перевода вытесненных в бессознательное аффектов на окольные пути их реализации, но уже в символической форме в виде соответствующих клинических синдромов, получила широкое признание в психосоматической медицине. Принцип «конверсии на орган» приобрел значение основного закона психосоматической медицины, определяющего формирование не только функциональных, но и органических изменений со стороны внутренних органов.

В своей концепции специфичности Ф. Александер (1953) отказывался от символической интерпретации органической висцеральной патологии. Развивающийся при конфликтных ситуациях вегетативный невроз он расценивает как физиологический ответ органа на хронически повторяющееся эмоциональное состояние и предполагает, что аффекты, преимущественно реализующиеся через симпатическую иннервацию, ведут к развитию гипертонической болезни, гипертиреоза, сахарного диабета, артритов, тогда как реализующиеся через парасимпатическую иннервацию — к язвенной болезни и бронхиальной астме. Л. Чертог (1982) рассматривал два механизма вмешательства психики в соматику: истерическую конверсию и собственно соматизацию. Он считает, что психосоматический симптом является асимволическим и что его специфическая направленность определяется не психическими, а иммунологическими и нейроэндокринными механизмами. Но ни одна из многочисленных теорий, пытающихся объяснить этиологию и патогенез психосоматических заболеваний, не смогла дать исчерпывающего объяснения психосоматическим расстройствам. Поэтому в последнее время стали говорить об их мультифакторном генезе, где каждая из предложенных теорий объясняет одно из звеньев патогенеза [12].

Впоследствии сформировался более общий подход к вопросу о психологических причинах соматических заболеваний. Авторы теорий, появившихся в 60-х годах и позже, признают, что соматические заболевания могут быть обусловлены многими причинами.

Согласно модели двухэшелонной линии обороны А. Мичерлих, психосоматический процесс развивается в следующей последовательности: сначала человек пытается справиться с конфликтом, угрожающим его существованию, на психосоциальном уровне, с помощью исключительно психических средств. Если же по каким-либо причинам ему это не удается, т. е. не срабатывает «первая линия обороны», подключается защита второго эшелона — соматизация, которая со временем может привести к структурным изменениям в том или ином органе.

Существует ряд работ, авторы которых полагают, что первичным медиатором связи между психотравмой и «плохим» физическим здоровьем является посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). При этом специфические проблемы, обусловленные ПТСР, связаны с нарушениями в различных системах организма: кардиоваскулярной, пищеварительной, нервной. Наличие ПТСР, длительное его течение, тяжелое состояние, сочетание с другими психическими расстройствами увеличивают риск ухудшения физического здоровья. Так, Н. Бреслау и Г. Девис (1992) установили, что у молодых взрослых с давностью ПТСР более года имеет место большее количество соматических нарушений, чем у тех, кто страдает указанным расстройством менее года.

Г.К. Ушаков (1987) обосновывает возможность психосоматического развития личности. М.В. Коркина и В.В. Марилов (1995), Н.Д. Лакосина и М.М. Трунова (1994) высказывают мнение о генезе психосоматических расстройств на основе соматизации психогенных депрессий. В качестве возможного механизма этого процесса, по аналогии с психопатическим циклом, описанным О.В. Кербиковым, называют психосоматический цикл, при котором психогенное и соматогенное поочередно выступают то причиной, то следствием. Возникновение данных циклов, в свою очередь, связано со снижением порога реагирования на стресс и с «послестрессовой психосоматической беззащитностью». Отмечается, что процесс соматизации аффекта у женщин протекает более интенсивно, чем у мужчин [2].

Психосоматические расстройства могут расцениваться как психогенно обусловленные (т. е. имеющие психологические причины) соматические нарушения в организме и как соматогенные психические расстройства. Психические изменения вследствие соматических заболеваний традиционно рассматриваются в рамках двух клинических категорий — сомато- и психогений (нозогений). Соматогении связаны, в основном, с тяжелыми формами патологии. Нозогении определяются как психогенные реакции, возникающие в связи с соматическим заболеванием (последнее выступает в качестве психотравмирующего события).

А.Б. Смулевич (1999) определяет психосоматические расстройства как группу болезненных состояний, возникающих на фоне взаимодействия психических и соматических факторов и проявляющихся соматизацией психических нарушений, психическими расстройствами, которые отражают реакцию на соматическое заболевание, или развитием под влиянием психогенных факторов соматической патологии. Исследователь выделяет группы психосоматических расстройств:

1) соматизированные психические (соматоформные) реакции, формирующиеся при невротических или конституциональных патологиях (неврозы, невропатии); 2) психогенные реакции (нозогении), возникающие в связи с соматическим заболеванием (последнее выступает в качестве психотравмирующего события) и относящиеся к группе реактивных состояний; 3) реакции по типу симптоматической лабильности — психогенно провоцированная манифестация либо экзацербация соматического заболевания (психосоматические заболевания в традиционном их понимании); 4) реакции экзогенного типа (соматогении), манифестирующие вследствие воздействия на психическую сферу соматических вредностей и относящиеся к категории симптоматических психозов, т. е. к категории экзогенных психических нарушений [9].

М. Гельдер и соавторы отмечают, что большинство психиатров в настоящее время не придерживаются принципов традиционной психосоматической медицины, и попытки выделить группу психосоматических заболеваний не имеют под собой объективных оснований. Эти авторы рассматривают следующие 5 типов связей между соматическим заболеванием и психическим расстройством: 1) психологические факторы как причина соматического заболевания; 2) психические дисфункции, проявляющиеся соматическими симптомами; 3) психиатрические последствия соматического заболевания; 4) психические расстройства и соматические заболевания, случайно совпавшие во времени; 5) соматические осложнения психических нарушений.

Однако со временем однозначная детерминированность, связанная с возникновением психосоматического направления, сменилась противоположной тенденцией — категорическим отрицанием, несмотря на многочисленные убедительные доказательства успешности психотерапевтического вмешательства, как в начале заболевания, так и на различных этапах его развития. В конечном итоге термин «психосоматический» (так же, как и «истерический») по рекомендации группы экспертов Всемирной организации здравоохранения был исключен из Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), «так как его применение подразумевает, что психологический фактор не играет никакой роли в возникновении, течении или исходе всех остальных болезней».

Психосоматика (от гр. psyche - душа, soma - тело) - изучает влияние психологических факторов на возникновение и последующую динамику развития психосоматических болезней. Согласно основному постулату этой науки, в основе психосоматической болезни лежит реакция на эмоциональное переживание, которое сопровождается функциональными изменениями и патологическими нарушениями в органах [11].

Психосоматические заболевания - это такие заболевания, причиной которых являются, в основном, мысли и эмоциональные переживания больного. То есть, если медицинское обследование не может найти физическую или органическую причину болезни или если исследуемое заболевание является результатом таких эмоциональных состояний, как гнев, тревога, депрессия, чувство вины, тогда оно может быть классифицировано как психосоматическое.

Но, к сожалению, в современной психологии термин "психосоматический" приобрел негативное значение, ведь его часто ( и ошибочно!) путают и соотносят с симуляцией, психическими расстройствами и откровенным мошенничеством. Настоящая психосоматическая боль вызвана, быстрее всего, несознательным умом, чем симптомами болезни или ранения. Психосоматическое заболевание может возникнуть в результате проблем в личной жизни и взаимоотношениях, стресса и других не физиологичных причин, вызванных внешними факторами или людьми. Именно поэтому проблема психосоматических отношений - один из наиболее сложных вопросов современной психологии.

Во время становления психосоматической психологии как науки, которая пыталась установить связь между телесным и психическим, была создана однолинейная модель психосоматических болезней. К этим болезням относили конверсионные, функциональные болезни и психосоматозы (к последним - бронхиальную астму, язвенный колит, есенциальную гипертонию, нейродермит, ревматоидный артрит, язву двенадцатиперстной кишки, гипертиреоз). Зато современные исследователи считают, что при взаимодействии физических и психосоциальных факторов возможным является возникновение любой болезни. Эта концепция доказывает богатство факторов открытой модели психосоматической болезни и на смену узкому понятию психосоматических расстройств вводит интегральный психосоматический подход. Согласно его постулатам, сложный патогенез психосоматических расстройств определяется такими условиями:

- неспецифической наследственностью и врожденной отягощенностью соматическими нарушениями и дефектами;

- наследственной склонностью к психосоматическим расстройствам;

- нейродинамическими расстройствами (нарушениями работы и деятельности центральной и вегетативной нервных систем);

- личностными характеристиками;

-психическим и физическим состоянием во время действия психотравмирующих факторов;

- фоном неблагоприятных семейных и других социальных факторов;

- особенностями психотравмирующих событий.

История современной психосоматической психологии начинается из психоаналитической концепции Зигмунда Фрейда. Он, вместе с Брейером, доказал, что "подавленая эмоция" и "психическая травма" путем "конверсий" могут проявляться соматическим симптомом. Фрейд отмечал, что необходима "соматическая готовность" - физический фактор, который имеет не последнее значение при выборе органа. А доктор Джозеф Ф. Монтегю, автор книги "Расстройства желудка на нервной почве", к примеру, пишет: "Язва желудка возникает не от того, что вы едите. Язва возникает от того, которое съедает вас" [4].

В пределах психосоматики как направления в наше время существует два подхода - психоцентристский и соматоцентристский|.

Психоцентристский подход анализирует влияние на возникновение, клинические проявления и прогноз болезни острого и хронического психического стресса, а также различных характеристик, связанных с психическим статусом человека.

Соматоцентристский подход изучает нозогенные реакции (такие, как влияние особенностей клинических проявлений и течения болезни на субъективное восприятие пациентом своей болезни и особенности психических расстройств, вызванных соматическими страданиями).

Подавляющее большинство исследователей психосоматической концепции в современной психологии склонно выделять 4 группы психосоматических расстройств:

1. Соматизованые психические (соматоформные) реакции, которые формируются при невротических или конституциональных патологиях.

2. Психогенные реакции (нозогении), которые возникают вследствие соматической болезни (какая является своего рода психотравмирующим событием) и принадлежат к группе реактивных сил.

3. Реакции типа симптоматической лабильности - психогенная провоцируемая манифестация или экзацербация соматической болезни.

4. Реакции экзогенного типа (соматогении), которые манифестируют в результате влияния на психическую сферу соматических нарушений и принадлежат к категории симптоматических психозов [5].

Итак, психосоматические болезни - это болезни нарушенной адаптации (приспособления, защиты) организма. Человек постоянно существует в условиях стресса, т.к. он не изолирован от влияния окружающей среды. Г.Селье утверждал, что даже “спящий человек испытывает стресс… Полная свобода от стресса означает смерть”. Однако воздействие внешнего фактора может быть настолько сильным, что защитные силы организма не справляются со стрессом, и возникает болезненное состояние. Граница между реакцией адаптации и болезнью условна и зависит как от силы и длительности самого воздействующего фактора, так и от психологического и физического состояния человека. Конечно, адаптационные (приспособительные) возможности у молодого, крепкого, физически здорового, оптимистично настроенного человека гораздо выше, чем у старого, слабого физически, уже не раз подвергавшегося воздействию стрессовых влияний. Именно от исходного состояния зависит, будет ли человек активно искать выход из стрессовой ситуации или пассивно обречет себя на “разрушение” ею.

Психосоматические нарушения обычно определяются как таковые, при которых психологические факторы считаются составляющими в развитии обострении или сохранении заболевания. Относительный термин "соматизация" относится к тенденции сообщать о физикальных симптомах, не имеющих патофизиологической базы, или значительно превосходят то, что можно выявить на основании объективных медицинских данных.

Психосоматические симптомы и соматизация отличаются от симуляции, при которой пациент правдиво сообщает о своих ощущениях и не сознательно использует эти симптомы для манипулярования или управления другими или ситуацией. Ребенок и его семья обычно относят эти симптомы к органическому заболеванию и поэтому обращаются за медицинской помощью. Симптомы могут варьировать по тяжести и длительности, могут быть острыми или хроническими и при этом может присутствовать или отсутствовать органическое заболевание. Так как симптомы первично обусловлены психосоциальными факторами, направленность вмешательства на эти факторы очень важно для улучшения симптоматики.

Следует отметить, что термин психосоматический все больше замещается такими терминами как психофизиологический, биобихевиоральный и биопсихосоциальный – терминами, все более отражающими понимание того, что психосоциальные и биологические факторы являются неразрывными и взаимозависимыми аспектами всех заболеваний. В этой работе термин психосоматический используется в отношении к симптомам, при которых психосоциальные факторы играют основную роль. Мы, в частности, остановимся на симптомах, при которых органические данные отсутствуют или незначительны.

**1.2. Этиология психосоматических заболеваний**

Происхождение психосоматических расстройств следует рассматривать с позиций общей психосоматической парадигмы. В их этиологии главную роль играют три группы факторов [7].

1. Наследственно-конституциональные факторы. Здесь необходимо выделить конституционально-типологические особенности центральной нервной системы (ЦНС) и личностно-акцентуационные особенности.
2. Психоэмоциональные, или психогенные. Это острые или хронические внешние воздействия, опосредованные через психическую сферу, которые имеют как когнитивную, так и эмоциональную значимость и в силу этого играют роль психогении.
3. Органические. К ним относится различного рода преморбидная органическая (травматическая, инфекционная, токсическая, гипоксическая и др.) скомпрометированность интегративных церебральных систем надсегментарного уровня, и, прежде всего, лимбико-ретикулярного комплекса.

В первой группе факторов наиболее значимую роль играют личностно-типологические особенности в виде характерологических черт астенического круга с чрезмерной сенситивностью, робостью, повышенной истощаемостью; одним из наиболее распространенных вариантов является «тип ипохондрика». Существенное значение имеют также аффективно-дистимические («прирожденные пессимисты») и истероидные черты. Нейрофизиологические особенности ЦНС характеризуются слабостью неспецифических активирующих систем, прежде всего, ретикулярной формации.

Во второй группе можно выделить следующие варианты психогенных факторов:

* массивные (катастрофические), внезапные, острые, неожиданные, потрясающие; одноплановые: а) сверхактуальные для личности; б) неактуальные для личности. Вероятно, степень актуальности (значимости) для личности этих событий может колебаться в широком диапазоне.
* ситуационные острые (подострые), неожиданные, многопланово вовлекающие личность (связанные с утратой социального престижа, с ущербом для самоутверждения).
* пролонгированные ситуационные, трансформирующие условия многих лет жизни (ситуация лишения, ситуация изобилия — «кумир семьи»). Внутри их могут быть психические травмы: а) осознаваемые и преодолимые; б) неосознаваемые и не­ преодолимые.
* пролонгированные ситуационные, приводящие к осознанию необходимости стойкого психического перенапряжения (истощающие), вызываемые: а) самим содержанием и требованием ситуации; б) чрезмерным уровнем притязаний личности при отсутствии объективных возможностей для достижения цели в обычном ритме деятельности.

В третьей группе существенную роль играют пренатальные и постнатальные травмы, хронические вялотекущие инфекции, гипоксически-гипоксемические состояния, особенно в вертебробазилярном бассейне, и др.

Рассматривая все варианты патологических проявлений, имеющих психогенное происхождение, можно выделить 5 групп состояний [8]:

* соматизированные психические реакции — соматоформные расстройства, которые развиваются в рамках формирования невротического или личностно-конституционального регистра (невротические расстройства, невропатии и расстройства личностного развития);
* психогенно-личностные реакции (нозогении), возникающие в связи с соматическим заболеванием (последнее выступает в качестве психотравмирующего действия, как фактор субъективно отстраненный, который существенно влияет на качество жизни больного), — вторичные невротические расстройства острого и пролонгированного типа;
* органические или системные соматические поражения психосоматического характера, возникающие в ответ на констеляцию социально-психогенных, личностно- и биоконституциональных факторов (в виде ответа органа- или системы-мишени);
* реакции экзогенного типа (соматогении), развивающиеся вследствие нейротоксического эффекта соматического заболевания в виде неврозоподобной или психотической органической симптоматики;
* соматопсихическая коморбидность — относительно независимое параллельное течение соматического заболевания и патологии психической сферы.

**1.3. Симптомы психосоматики**

Под психосоматикой подразумеваются заболевания внутренних органов и систем организма, возникающие вследствие воздействия психических или эмоциональных факторов. Как говорят в народе, это те заболевания, которые появляются “на нервной почве”. Наиболее известные из них: бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и двеннадцатиперстной кишки, неспецифический язвенный колит, гипертоническая болезнь, мигрень, сахарный диабет, тиреотоксикоз, ревматоидный артрит, крапивница, нейродермит, псориаз, многие сексуальные расстройства, а также нарушения менструального цикла у женщин, климактерический синдром и т.д. Несмотря на то, что все эти болезни разные, психотерапевты находят в них целый ряд общих признаков [12].

1. Начало заболевания провоцируется психическими факторами такими как, психическая травма, эмоциональный стресс. Действие этих факторов может быть кратковременным (смерть близкого человека, депрессия), довольно длительным (конфликт в семье, на работе, болезнь близкого человека) или хроническим (наличие неразрешимых проблем из-за личностных особенностей, комплекса неполноценности, уродства).

2. Не только начало заболевания связано со стрессовой ситуацией, но и любое обострение или рецидив болезни.

3. Течение заболевания в определенной степени зависит от пола и стадии полового созревания. Например, бронхиальная астма до периода полового созревания в 2 раза чаще встречается у мальчиков, чем у девочек, в то время как в более зрелом возрасте - чаще у женщин, чем у мужчин.

4. Психосоматические расстройства обычно протекают фазно, их обострения в той или иной степени носят сезонный характер.

5. Психосоматические болезни возникают у лиц с генетической и конституциональной предрасположенностью. Практическим психологам этот факт хорошо известен. Один и тот же эмоциональный стресс вызывает у разных людей различные реакции и заболевания.

Также мы рассмотрим Общие симптомы, которые проявляются как у взрослых, так и у детей:

Депрессивные состояния. Как правило, полиморфны, они проявляются в изменении настроения, снижении психической активности и соматического тонуса. Все переживания сопровождаются аффектом тоски. В голову приходят только плохие мысли. Трудно думать, размышлять, двигаться, разговаривать. Голос тихий, едва слышный, движения медленные, совершаются как бы с усилием. Характерная мимика: лицо застывшее, скорбное. Классическая депрессия определяется триадой признаков: пониженное настроение (гипотимия, дистимия), замедленное мышление и двигательная заторможенность. Обычно наиболее выражена именно гипотимия, а другие симптомы наблюдаются только при тяжелой депрессии. Кроме того, для депрессивных расстройств характерны утрата способности радоваться, воли, инициативы, а также потеря интересов и снижение трудоспособности. К вегетативным проявлениям относятся внутреннее напряжение, утомляемость, отсутствие аппетита, плохой сон, головная боль, сердцебиение, чувство тяжести за грудиной. Когнитивными проявлениями депрессии считают пессимизм, ипохондричность, навязчивые мысли, ощущение ухудшения памяти, чувство собственной малоценности, идеи самоуничижения, суицидальные мысли, симптомы деперсонализации и дереализации.

Основными вариантами депрессии являются меланхолический (тоскливый), тревожный и апатический. При тоскливой депрессии характерным признаком является витальность. Часто встречаются колебания настроения с плохим самочувствием по утрам и заметным его улучшением к вечеру. Человек отмечает утрату способности чувствовать, сопереживать, горе и радость близких его не трогают. Он не насыщается, хотя много ест, иногда потребность в пище вовсе отсутствует. Отчуждение витальных чувств часто сочетается с явлениями деперсонализации-дереализации и может служить источником бредовых идей нигилистического характера. Наряду с эмоциональными расстройствами имеют место нарушения мышления (замедление, затруднения, торможение), самообвинение, самоуничижение. Описанные симптомы составляют так называемую ядерную симптоматику эндогенной депрессии. Указание в анамнезе на периоды сниженного настроения, возникавшие без предшествующих психотравмирующих факторов, или на то, что синдром депрессии сменялся маниакальным состоянием, подтверждает диагноз эндогенной депрессии.

Тревожная депрессия характеризуется сочетанием в картине депрессивного состояния эмоций страха, тревоги и тоски. Тревога привносит в психологическую картину ощущение надвигающейся опасности, реальной или мнимой, неопределенной угрозы, несчастий в ближайшем будущем. В более легких случаях тревожные наслоения проявляются внутренней скованностью, внутренним напряжением, ожиданием чего-то неприятного, волнением, неуверенностью, сомнениями, а в тяжелых — ажитацией, нецеленаправленным двигательным беспокойством, паническим ощущением надвигающейся катастрофы, мучительным чувством теснения в груди, удушья, витальными переживаниями. Циркадное распределение тревоги иное, чем при тоскливой депрессии: она усиливается к вечеру.

Апатическая депрессия отличается переживаниями безразличия, скуки, отсутствием инициативы, желаний, стремления действовать, что сопровождается тягостным ощущением бесчувственности, эмоциональной опустошенности. Как правило, такие люди весь день проводят в постели, они заторможены, безынициативны, ведут «вегетативный» образ жизни.

В нозологическом отношении депрессивные состояния объединяют в три группы: психогенные, соматогенные и эндогенные.

В группу психогенных входят невротические, реактивные депрессивные состояния и депрессии истощения. Основное отличие этих состояний в том, что они протекают на невротическом, а не на психотическом уровне, а ведущим синдромом выступает тревожно-депрессивный. Депрессии истощения развиваются в связи с длительным эмоциональным перенапряжением или многократными психическими травмами (повторяющимися конфликтами в семье либо на работе). Таким людям присуще печально-боязливое или мрачно-апатическое настроение. Нередко наблюдается тенденция к витализации и развитию тревожно-ипохондрической симптоматики. Реактивные депрессии чаще всего возникают в ответ на острую психическую травму, но иногда — и при хронической психогенной травматизации. Люди представляют свое заболевание психологически понятным, обусловленным реальной ситуацией. У лиц с реактивной депрессией исключительно редко наблюдаются идеи самообвинения. В своем заболевании они винят окружающих или сложившиеся обстоятельства и ждут помощи и сострадания.

К группе соматогенных относятся органические и симптоматические депрессии. Их главной особенностью является астеническая симптомаика в качестве основной психологической оси. Все это формирует «кризы самооценки»: непереносимость житейских тягот, склонность к навязчиво-педантичному самоанализу. Не всегда имеет место реальное осознание болезни как нарушения психической деятельности.

К группе эндогенных относятся шизофенические, циркулярные (биполярные), периодические (монополярные) и инволюционные депрессии. В рамках эндогенных чаще встречаются психотические состояния: выраженной симптоматикой меланхоличе­ской или апатической депрессии. Из-за тяжести психических нарушений подверженные им лица достаточно быстро оказываются в поле зрения психиатров.

Циклотимическая депрессия (субдепрессия) с точки зрения этиопатогенеза относится к биполярным эндогенным хроническим аффективным расстройствам непсихотического уровня и отличается преобладанием явлений «субъективного» неблагополучия, дискомфорта, измененного самоощущения.

Тревожно-фобические расстройства. Центральное место в ряду тревожно-фобических расстройств занимает эпизодическая паническая атака. Это неожиданно возникающий и быстро, в течение нескольких минут, нарастающий симптомокомплекс вегетативных расстройств (вегетативный криз с сердцебиением, стеснением в груди, ощущением удушья, нехватки воздуха, потливостью, головокружением, обморочным состоянием), который сочетается с ощущением надвигающейся смерти, страхом потери сознания или сумасшествия.

Соматоформные расстройства. Современная классификация относит ипохондрические расстройства к группе соматоформных расстройств, куда также включены соматизированное расстройство, соматоформная вегетативная дисфункция и хроническое соматоформное болевое расстройство. Патогенетические механизмы формирования соматоформных расстройств связаны с конверсией, трансформацией актуального невротического конфликта в функциональные соматические симптомы при отсутствии органической основы для них. Такие расстройства, безусловно, являются примером психосоматической патоло­гии. Истерический (конверсионный) компонент формирования этих нарушений обусловлен возможностью более быстро и «надежно» привлечь к себе внимание окружающих, и поэтому больные настаивают не только на самом факте наличия соматической патологии, но прежде всего на том, что она тяжела и опасна для жизни. Таким образом больные перекладывают ответственность за свою неудовлетворенность и беспомощность в са­мореализации на болезнь, а также на врачей, которые якобы не могут им помочь и не понимают их состояния.

Близким по патогенетической сути к ипохондрии является соматизированное расстройство (синдром множественных жалоб), основные признаки которого — множественные, повторно возникающие и часто видоизменяющиеся соматические симптомы, которые становятся причиной постоянного, на протяжении многих лет, обращения к врачам-психотерапевтам. У таких больных практически всегда обнаруживают выраженную тревогу, мнительность и элементы депрессии. Течение соматизированного расстройства как правило, сочетается с длительным нарушением социального, межперсонального и семейного функционирования. Расстройство значительно чаще встречается у женщин, чем у мужчин. Часто начинается в молодом возрасте.

Еще один часто встречающийся вариант соматоформных расстройств — это соматоформная вегетативная дисфункция. Симптомы при соматоформной вегетативной дисфункции бывают двух типов. Для первого типа характерны жалобы, отражающие объективные признаки вегетативного возбуждения. Второй тип — это идиосинкразические, субъективные и неспецифические симптомы, такие как ощущения мимолетной боли, жжения, тяжести, напряжения, давле­ния или растяжения.

При хроническом соматоформном болевом расстройстве ведущей жалобой является постоянная, тяжелая, психически угнетающая боль, которую нельзя полностью объяснить физиологическим процессом или соматическим расстройством. Боль появляется как следствие эмоционального конфликта или психосоциальных проблем, которые можно расценивать как главную причину. В результате обычно усиливаются внимание и поддержка со стороны близких. К хроническому соматоформному болевому расстройству не относится болевой синдром при соматических заболеваниях. Данный вариант соматоформных расстройств тоже не имеет подтверждение органической природы, хотя вызывает тяжелые субъективные переживания.

Неврастения. Клиническая картина этого заболевания подвержена значительным культуральным вариациям, тем не менее, выделяют два основных его типа. При первом из них основным симптомом являются жалобы на повышенная утомляемость после умственной работы, в результате которой значительно снижаются профессиональная продуктивность и эффективность в повседневных делах. Умственную утомляемость обычно описываюткак вмешательство отвлекающих ассоциаций или воспоминаний, невозможность сосредоточиться и непродуктивное мышление. При втором типе главными симптомами выступают физическая слабость и истощаемость после минимальных усилий, сопровождающиеся чувством боли в мышцах и невозможностью расслабиться. При обоих типах наблюдаются и другие неприятные физические ощущения: головокружение, головная боль и чувство общей неустойчивости, озабоченность по поводу умственного и физического неблагополучия, раздражительность, незначительная подавленность и тревога. Часто нарушаются начальные и промежуточные фазы сна, однако может иметь место и гиперсомния. К неврастении относят и синдром хронической усталости.

**Выводы к главе 1**

Анализ научных трудов отечественных и зарубежных исследователей свидетельствует: психосоматические нарушения обычно определяются как таковые, при которых психологические факторы считаются составляющими в развитии обострении или сохранении заболевания. Относительный термин "соматизация" относится к тенденции сообщать о физикальных симптомах, не имеющих патофизиологической базы, или значительно превосходят то, что можно выявить на основании объективных медицинских данных.

Психосоматические нарушения обычно определяются как таковые, при которых психологические факторы считаются составляющими в развитии, обострении или сохранении заболевания.

Особенности развития психосоматических болезней диктуют и своеобразие психотерапевтического вмешательства.

Необходимо различать психосоматические заболевания (функциональные стадии соматических страданий, причиной которых является психосоциальный стресс), соматоформные расстройства (соматические маски психических заболеваний, например депрессий, при которых жалобы больного на телесные сенсации не находят подтверждения в виде патологии со стороны соответствующих систем внутренних органов), соматопсихические болезни (заболевания внутренних органов, осложненные психическими расстройствами и повышенной фиксацией на неприятных телесных ощущениях). Наряду с перечисленными выше в качестве психосоматических расстройств принято рассматривать психические нарушения: а) осложняющиеся соматической патологией (нервная анорексия, булимия, алкоголизм); б) осложняющие некоторые методы лечения (депрессии и мнестические расстройства, возникающие после операций на сердце; аффективные, тревожные и астенические состояния при лечении гемодиализом); в) возникающие в связи с генеративным циклом у девочек (синдром предменструального напряжения) (Смулевич А.Б. и др., 1992). К соматопсихическим расстройствам причисляют также симптоматические психозы — делирий, аменцию, галлюциноз, которые соответствуют представлениям о реакциях экзогенного типа.

**Глава 2. Влияние семьи на возникновение и течение психосоматических заболеваний у детей**

**2.1. Психические особенности и психосоматические расстройства в период раннего детства и у детей дошкольного и младшего школьного возраста**

Формирование внутренней картины психосоматической болезни у детей и взрослых различно: это различие тем больше, чем младше ребенок.

Психическое развитие ребенка, его личность с раннего возраста до периода зрелости претерпевают разнообразные нарастающие изменения. Психика детей характеризуется рядом особенностей. Можно подчеркнуть наиболее важные ее качества: большую впечатлительность, ранимость и хрупкость при неблагоприятных ситуациях, робость и стеснительность, недостаточное критическое осмысление происходящего вокруг [1].

Становление ходьбы знаменует собой период раннего детства (1-3 года). Социальная среда развития характеризуется тем, что ребенку становится доступным окружающий его мир вещей и предметов, которые его притягивают или отталкивают. Его действия и даже речь определяются этой наглядной ситуацией. Поведение ребенка характеризуется единством моторных и сенсорных функций (все, что он видит, ему необходимо потрогать руками) и недостаточной цифферецированностью аффектов и восприятия. Ведущая деятельность ребенка этого возраста — предметно-манипулятивная. Она касается, прежде всего, игры. Для ребенка нет воображаемой ситуации, нет ролей, он осваивает функции предметов и вещей: мяч он кататит, автомобиль толкает, кукла или ходит, или кладется на кровать и т.д. Важным является то, что появляется понимание, что каждая вещь имеет свое имя, свое назначение. Если для младенца окружающий мир — фон, то словесное восприятие ребенка («А что это?», «Как это называется?») позволяет структурировать внешний мир. Происходит выделение фигуры из фона.

Предметная деятельность приводит к изменению и в мотивационной сфере: происходит постепенная смена аффективных поступков контролируемыми. Отношение ребенка к окружающим его людям и их оценка зависят от того, как они относятся к ребенку. Постепенно к 3 годам формируются более тонкие эмоции. Важным гювообразованием этого возраста является осознание собственного «Я», выделение себя из окружающего мира, что сопровождается: тремлением к самостоятельности: «Я сам», «Я хочу» и наиболее ярко проявляется в кризисе 3 лет. Основные его проявления — негативизм, строптивость, своеволие (обесценивание, принижение ценностей, деспотизм, ревность). Степень выраженности кризиса трех лет зависит от того, насколько взрослые учитывают изменившуюся ситуацию развития. Если они продолжают ограничивать его самостоятельность, ущемляют свободу ребенка, ограничивают его инициативу, то возникает своеобразный бунт — протест, свидетельствующий о необходимости коррекции воспитательных мер со стороны взрослых.

Из психопатологических и психосоматических расстройств, характерных для периода раннего детства выделяют (В.В.Ковалев) такие синдромы, как: синдром невропатии, синдром раннего детского аутизма, гипердинамический синдром, синдромы страха [19].

При невропатии характерными становятся разнообразные астенические проявления: повышенная раздражительность и возбудимость, капризность, неустойчивость настроения, быстрая истощаемость, выраженная пугливость, нарушения сна и соматовегетативные сим­птомы (срыгивания, рвоты, запоры, нарушения аппетита, избирательность питания, субфебрилитет, вегетативные кризы и обмороки).

Синдром раннего детского аутизма характеризуется выраженной недостаточностью или полным отсутствием потребности в контакте с окружающими, эмоциональной холодностью или безразличием к близким, страхом новизны, любой перемены в окружающей обстановке, болезненной приверженностью к рутинному порядку, однообразному поведению со склонностью к стереотипным движениям, расстройствами речи, иногда до полной «речевой блокады». Первым признаком раннего детского аутизма часто выступает отсутствие свойственного здоровым детям «комплекса оживления», а затем нарушением способности дифференцировать людей и неодушевленные предметы, нежеланием вступать в контакт, безэмоциональностью или паратимиями (неадекватными аффективными реакциями) в сочетании со страхом новизны. В раннем детстве к перечисленным клиническим проявлениям присоединяются однообразные манипуляции с предметами вместе игр, использование нетрадиционных для игровой деятельности предметов. Типичными являются и нарушения психомоторики в виде угловатости, несоразмерности произвольных движений, неуклюжести, отсутствии содружественных движений, а также расстройства речи (от отсутствия до преобладания «автономной речи» — разговора с самим собой).

Гипердинамический синдром проявляется, в первую очередь, двигательной расторможённостью, неусидчивостью и иными признаками гиперактивности в сочетании с нарушениями внимания (иногда он обозначается синдромом дефицита внимания). Характерными проявлениями данного синдрома являются:

Часто наблюдаемые беспокойные движения в кистях и стопах (сидя на стуле, ребенок корчится, извивается).

Невозможность спокойно сидеть на месте, когда от него это требуют.

1. Легкая отвлекаемость на посторонние стимулы.
2. Нетерпеливость (с трудом дожидается своей очереди во время игр и в различных ситуациях в коллективе).
3. Суетливость (на вопросы часто отвечает, не задумываясь, не выслушав их до конца).
4. При выполнении предложенных заданий испытывает сложности (не связанные с недостаточным пониманием или негативным поведением).
5. С трудом сохраняет внимание при выполнении заданий или во время игр.
6. Часто переходит от одного незавершенного действия к другому.
7. Не может играть тихо, спокойно.
8. Болтливость.
9. Назойливость (часто мешает другим, пристаёт к окружающим (например, вмешивается в игры других детей)).
10. Часто складывается впечатление, что ребёнок не слушает обращенную к нему речь.
11. Рассеянность (часто теряет вещи, необходимые в школе и дома, (например, игрушки, карандаши, книги и т.д.)).
12. Снижение чувства опасности (часто совершает опасные действия, не задумываясь о последствиях). При этом не ищет приключений или острых ощущений (например, перебегает улицу, не оглядываясь по сторонам).

Синдромы страха являются типичными для детей периода раннего детства. Они представляют собой гамму разнообразных по клинической форме феноменов. Страхи могут носить дифференцированный и недифференцированный характер, быть навязчивыми, сверхценными или бредовыми по структуре. Специфичными являются ночные страхи и страх темноты.

Характерными для детей в период раннего детства являются такие психосоматические расстройства, как (Д.Н.Исаев): отсутствие аппетита (анорексия), извращение аппетита, жвачка (мерицизм), недостаточная прибавка массы тела или тучность, за­пор (констипация), энкопрез (недержание кала).

Анорексия входит в структуру невропатических проявлений и характеризуется утратой влечения к пище и негативизмом при кормлении. Значимым является психогенный фактор в виде неправильного воспитания (например, отрыва от матери).

Извращение аппетита (симптом Пика) обычно развивается на 2-3 году жизни и характеризуется употреблением в пищу несъедобных веществ (угля, глины, бумаги), что может быть связано с отвержением детей при неправильном типе воспитания.

Жвачка (мерицизм) рассматривается как невропатический симптом и проявляется в виде повторного пережевывания пищу после того, как заглоченная и переваренная пища отрыгивается.

Изменения массы тела (недостаточная прибавка или тучность) характерны для невропатических реакций при депривации или иных психогенных факторах.

Запор (констипация) может быть связан с эмоциональными нарушениями, проявляющимися депрессией, и нарушениями коммуникации с формированием навязчивого страха перед дефекацией в силу болезненности акта или повышенной стыдливости и застенчивости ребенка. Во втором случае констипация проявляется в новых условиях или вне дома, а затем ее проявления становятся связанными с физиологическими закономерностями.

Энкопрез (недержание кала) в виде непроизвольного выделения кала до соответствующей обстановки обусловлен часто ретардацией формирования контроля за деятельностью анального сфинктера. Зачастую данный симптом обусловлен невропатическими расстройствами вслед за психогениями.

Социальная ситуация развития дошкольного возраста заключается в расширении предметного мира и необходимости действия в мире реальных вещей в силу формирования самосознания. Для ребенка этого возраста не существует отвлеченного познания, критического созерцания, и поэтому способ освоения окружающего мира — это действия в мире реальных предметов и вещей, но ребенок пока не владеет способами осуществления этих действий. Это противоречие может решиться только в одном типе деятельности, которое носит название игры. Игра — такая деятельность, мотив которой лежит не в результате, а в содержании самого действия [12].

Игра для дошкольников является ведущей деятельностью и характеризуется: воображаемой игровой ситуацией; выделением знаний и смыслов (что лежит в основе формирования образно-схематического мышления); развитием активного запоминания; обобщенным характером игры; наличием ролей (такие игры, в которых разыгрываются обобщенные социальные функции (всадник, доктор, солдат и т.д.).

В процессе игры ребенок начинает выполнять определенную социальную роль. Принимая на себя те или иные роли, он как бы примеряет определенные социальные функции. В ролевой игре можно сравнить свои возможности с возможностями других детей, лучше познать себя. Взамен «Я сам» постепенно формируется истинное самосознание.

С развитием ребенка ролевые игры перерастают в игры с правилами. Игры с правилами стимулируют достижения определенных социально значимых целей. Формируется самооценка, уровень притязания. С другой стороны, в играх с правилами ребенок обучается ограничивать свои желания, подчиняться запретам. Он приобретает опыт руководства, но не такой, какой ему хочется, а в соответствии с определенными требованиями, нормами и запретами. В игре происходит становление нравственных основ, формируются мотивы поведения и воли ребенка.

В игре как ведущем виде деятельности активно формируются психические процессы: обогащаются восприятие, активная память и внимание. Ролевая игра приводит к переходу от наглядно-действенного мышления к словесно-логическому, освоению смыслов, формированию воображения, развитию моторики.

Игра создает «зону ближайшего развития». Л.С. Выготский писал: «Игра в конденсированном виде содержит в себе, как в фокусе увеличительного стекла, все тенденции развития...». Игровая деятельность как ведущая должна подготовить ребенка к школе, развить у дошкольников те свойства личности и психические процессы, которые необходимы для успешного обучения в начальных классах. Какие же требования предъявляются к старшему дошкольнику? Сформированность, прежде всего, образного мышления и наличие у него зачаточных умений — выделить учебную задачу и превратить ее в самостоятельную цель деятельности (познавательная потребность).

Интеллектуальная готовность ребенка к школе важная, но не единственная предпосылка успешного обучения. Важным является отношение ребенка к школе, к учебе, к учителям, к самому себе («социальная позиция»). Формирование «социальной позиции» по отношению к школе требует не только осознания как источника знаний, но и ее эмоционального отношения. Ребенку необходимо научиться входить в детское общество, действовать совместно с другими, уступать, подчиняться [19].

Особое место в психологическом развитии старшего дошкольника занимает общение со взрослыми, которое носит преимущественно внеситуативно-личностный характер. Такое общение характеризуется усвоением ребенком особой позиции в отношении взрослого — позиции ученика, что является ценной предпосылкой для обучения в школе.

Переход из дошкольного возраста в младший школьный нередко сопровождается кризисом 7 лет. Для кризиса 7 лет характерны: 1) утрата детской непосредственности; 2) манерничанье, капризы, в поведении — нарочитость, нелепость, вертлявость, паясничание, клоунада, ребенок строит из себя шута; 3) начало дифференциации внутренней и внешней стороны личности ребенка; 4) объектом анализа становятся субъективные переживания: «Я радуюсь», «Я огорчаюсь»; 5) формирование аффективного обобщения, логика чувств. К возрасту 6-7 лет одной из основ изменения психологической деятельности ребенка, его личностных особенностей является формирование новой деятельности — учебной, которая становится ведущей. Сущность учебной деятельности заключается в усвоении научных знаний через обогащение и перестройку личности ребенка, что проявляется в изменениях уровня знаний, навыков, умений, в умственных операциях и в особенностях личности. Однако переход из дошкольного в младший школьный возраст происходит не автоматически, а путем перевода игровой деятельности в учебную через правильное сочетание реально действующих и понимаемых мотивов. Развитие личности младшего школьника может нарушаться вследствие двух причин: 1) неправильного понимания иерархии потребностей в результате недостатков воспитания и обучения; 2) недостаточного развития функциональных систем мозга, обеспечивающих учебную деятельность. В свою очередь, учебная деятельность связана с формированием самооценки личности. Для детей получаемые отметки важны не только как способ оценивания их знаний, но и одновременно как оценка их личности, их возможностей и места среди других. Поэтому у отличников формируется завышенная самооценка, у плохо успевающих — заниженная. Коррекция самооценки — важный момент, который требует сравнивания ребенка только с самим собой. Важным является использование поощрения. Похвала важна в присутствии других, порицание — наедине. Как похвала, так и порицание должны касаться не глобально человека, а отдельных сторон его личности или отдельных операций; учебная деятельность приводит к изменению и психических процессов, среди которых наиболее важным является развитие высших чувств — чувства товарищества, долга, ответственности, коллективизма; интеллектуальных чувств — любознательности, удивления, сомнения, удовольствия от удачного решения задачи. Успех в учении — единственный источник внутренних сил ребенка, рождающих энергию для преодоления трудностей.

Из типичных для ребенка дошкольного и младшего школьного возраста психопатологических синдромов можно назвать синдром ухода и бродяжничества, синдромы патологического фантазирования [12, 13].

Синдром ухода и бродяжничества характеризуется повторяющимися уходами ребенка из дома или из школы, поездками в другие районы города или иные населенные пункты, стремлением бродяжничать и путешествовать. Нередко от обусловлен микросоциальной средой и реакцией ребенка на психотравмирующую ситуацию в семье или в школе.

Синдромы патологического фантазирования включают живость воображения, склонность к смешиванию вымысла, фантазии и реальности. Часто первым признаком синдрома патологического фантазирования выступает своеобразие игровой деятельности ребенка, во время которой он на длительный период способен «перевоплотиться» в животное, выдуманный образ или неодушевленный предмет. Возможны различные пути формирования данного синдрома — от психогенно-личностного, связанного с формированием и преобладанием шизоидного или истерического радикала в характере ребенка, до эндогенного (шизофренического), обусловленного нарушениями коммуникативных способностей.

Из психосоматических расстройств главенствующую роль играют цефалгии (головные боли) и боли в животе, лихорадки неясного генеза, психогенная рвота, запоры или поносы (диарея) и энкопрез.

В детском возрасте можно выделить 4 основных типа состояний, отражающих различную структуру психосоматических и соматопсихических соотношений [13]: а) соматизированные психические реакции (соматоформные реакции), формирующиеся без участия соматической патологии в рамках образований невротического или конституционального регистра (неврозы, невропатии); б) психогенные реакции (нозогении), возникающие в связи с соматическим заболеванием (последнее выступает в качестве психотравмирующего события) и относящиеся к группе реактивных состояний; в) реакции по типу симптоматической лабильности — психогенно провоцированные, связанные с констелляцией социальных и ситуационных факторов манифестации либо экзацербации проявлений соматического заболевания (психосоматические заболевания в традиционном понимании); г) реакции экзогенного типа (соматогении), манифестирующие вследствие воздействия соматической вредности и относящиеся к категории симптоматических психозов .

**2.2. Формирование и развитие психосоматических заболеваний у детей**

Межличностные (объектные) отношения оказывают определяющее влияние на психическое развитие ребенка с первых дней его жизни. Идентификация внутреннего «Я» у ребенка видоизменяется на протяжении всего периода формирования его как личности (прил. 1). При переходе к каждой последующей фазе развития могут наблюдаться в большей или меньшей степени выраженные нарушения идентификации — кризис идентификации развития, следствием и клиническими проявлениями которого являются различные невротические, адаптационные и поведенческие расстройства [7].

Первой стадией развития психики ребенка, согласно Эриксону (2000), является орально-сенсорная фаза (возраст до 18 мес), по Пиаже — сенсорно-моторная (возраст до 2 лет). Основной проблемой его идентификации на этом этапе развития является конфликт между формирующимися «базисным доверием» и «недоверием». У маленького ребенка социальное недоверие проявляется отказом от приема пищи, глубоким сном, неконтролируемыми испражнениями. Достаточно выраженное «базисное доверие» в возрасте до 4-5 недель проявляется аутистическими фазными состояниями полусна-полубодрствования, которые сменяются поведенческим феноменом симбиотической привязанности к матери. Описанные психические проявления свидетельствуют о достижении гомеостатического равновесия организма с окружающей средой. При прохождении орально-сенсорной фазы развития ребенок усваивает модели поведения, возникающие в ответ на конкретные внешние стимулы, которые позволяют уменьшать напряжение, связанное с потребностью реализации инстинктов и достижением гомеостатического равновесия с окружающей средой.

Познавательная способность ребенка базируется преимущественно на стремлении манипулировать неодушевленными предметами. Трудности, связанные с влиянием окружающего мира, он преодолевает путем ассимиляции и аккомодации (модификации поведения в целях адаптации к новым стимулам). Неудовлетворительная адаптация сопровождается соматовегетативной дисфункцией — наиболее недифференцированной психической реакцией на фрустрирующую ситуацию. Чувство тревоги, которое, как правило, возникает в связи с присутствием рядом незнакомого человек включает в себя, с одной стороны, любопытство, с другой — страх.

При адекватном прохождении первой фазы развития у ребенка с 5-месячного возраста начинается процесс «высвобождения из оболочки аутизма», повышается способность адекватно воспринимать мир в результате когнитивного (познавательного) и неврологического созревания. В случаях неадекватного прохождения первой фазы развития основополагающая характеристика психики — «доверие» формируется в недостаточной степени. В детском возрасте это проявляется самоизоляцией, недоверчивым отношением к окружающим людям и событиям, формированием неадекватной аконтактности и пара-аутических реакций на фрустрирующие ситуации.

Таким образом, неадекватное прохождение орально-сенсорной фазы (с фиксацией свойственных ей проблем) ведет к формированию дисгармоничных объектных отношений, которые мы назвали «проблемные отношения использования».

Второй этап развития психики ребенка, по Эриксону, — мышечно-анальный (возраст от 1,5 до 3 лет), по Пиаже — предоперационная фаза (возраст от 2 до 7 лет). Основными проявлениями психической деятельности в этот период являются усвоение навыков ходьбы, приема пищи, а также активное речевое общение. Главная проблема идентификации ребенка на этом этапе развития — приобретение автономии, навыков преодоления стыда и сомнения. Стыд возникает, когда ребенок остро ощущает негативную оценку своих поступков со стороны окружающих его людей. Если родители слишком часто наказывают малыша, у него возникают неуверенность в себе и убеждение в неизбежности наказания. Образ матери занимает главенствующее место в мироощущении ребенка. Характерным проявлением кризиса развития в этот период является «кризис сближения» — желание получить утешение от матери и неспособность принять ее помощь. Возникновение тревоги в этом возрасте, как правило, связано со страхом разлуки с матерью. Преодоление «кризиса сближения» происходит по мере совершенствования навыков самообслуживания, способности получать удовольствие от самостоятельной деятельности. Ребенок, успешно преодолевший мышечно-анальную фазу развития, легче переносит разлуку с матерью и не ищет ей замены, так как уверен, что она вернется.

При неадекватном прохождении второй фазы развития дети отличаются чувством суверенности в себе, обнаруживают боязнь негативной оценки своих поступков со стороны окружающих, неумение быть автономными по отношению к родителям и сверстникам. Они не способны получать удовольствие от самостоятельной деятельности без одобрения или позитивной оценки окружающих. Наблюдается фиксация эгоцентрических черт характера. Ребенку не удается оставаться самим собой в референтной группе, и он, адаптируясь к ее требованиям, становится конформным.

Итак, неадекватное прохождение второй фазы развития с фиксацией ее проблем ведет к формированию дисгармоничных межличностных отношений, названных нами «проблемные отношения соответствия».

Третьим этапом развития психики ребенка, по Эриксону, является локомоторно-генитальная фаза (возраст от 3 до 6 лет). По мнению Пиаже, в этом возрасте продолжается предоперационная фаза развития. Основной проблемой идентификации личности на этом этапе является конфликт между чувством вины и стремлением проявить инициативу. Разрешение кризиса происходит путем идентификации себя с социальной ролью родителя того же пола. Мотивацией социальной активности является хорошая успеваемость в школе, лидерство в играх. Характерным для этого периода развития является возникновение соперничества между сиблингами.

При адекватном прохождении этой фазы для детей характерны хорошая успеваемость, независимое функционирование и социализация, дружеские отношения со сверстниками. Все это является результатом ослабления зависимости от родителей и уменьшения озабоченности, которая связана с внутрисемейной конкуренцией, основанной на психосексуальных проблемах.

В случае неадекватного прохождения этой фазы развития центральным конфликтом личности становится невозможность социально приемлемого проявления собственной инициативы. Такой конфликт чаще проявляется в одной из двух возможных социально-дезадаптивных моделей поведения, зависящих от преобладания либо чувства вины, либо чувства агрессии. В первом случае подросток при выполнении определенных социальных ролей скован, неуверен в себе, заторможен. Во втором случае он ведет себя конфликтно, подчеркнуто независимо, в его поведении доминируют формы протеста и агрессии.

Неадекватное прохождение третьей фазы с фиксацией ее центральных конфликтов ведет к формированию дисгармоничных межличностных отношений, названных нами «проблемные отношения независимости».

Четвертой стадией развития психики ребенка, по Эриксону, является фаза латентности (возраст от 7 до 11 лет), по Пиаже — операционная фаза (возраст от 7 до 11 лет). Основной проблемой идентификации ребенка на этом этапе является конфликт между формирующейся деятельной активностью и мастерством, с одной стороны, и чувством собственной неполноценности и униженности, с другой. На этой стадии происходит формирование «супер-эго», которое отвечает за моральное и этическое развитие. Ребенок совершенствует навыки в различных видах деятельности, обучается основным манипулятивным технологиям, учится принимать социальные решения. Если он разочаровывается в своих возможностях, не получает позитивной оценки в среде сверстников, то у него возникает чувство собственной неполноценности и унижения. Познавательная деятельность на этом этапе основывается на формировании логического мышления, включающем в себя развитие причинно-следственных связей, понимании взаимосвязи частного и общего, освоении навыков классификации. Центральный конфликт в этот период сосредоточивается на выборе между активным отношением к работе, учебе, социальными контактами и подавлением активности, пассивностью, связанной с чувством собственной неполноценности и, как следствие, — поведением избегания.

При неадекватном прохождении этой фазы для ребенка характерны социальная пассивность (из-за чувства неполноценности) либо активная социальная деятельность с гиперкомпенсаторно-формальным и поверхностным отношением к выполнению многочисленных социальных ролей. Таким образом, неадекватное прохождение четвертой стадии развития психики ведет к формированию дисгармоничных межличностных отношений, названных нами «проблемные отношения причастности».

Можно сделать вывод, что при адекватном прохождении всех этапов развития психики ребенка и благоприятном разрешении центральных конфликтов формируются следующие характеристики личности: 1) доверие; 2) самостоятельность и автономия; 3) инициативность; 4) социальная активность, деятельность и мастерство, обусловливающие социально-адаптивные формы поведения [3].

В случае неблагоприятного прохождения одного из этапов развития психики и заострения одного из центральных конфликтов формируются невротические личностные характеристики: 1) недоверие; 2) стыдливость и неуверенность в своих силах; 3) чувство агрессии и вины; 4) чувство собственной неполноценности. Они ведут к нарушению межличностного взаимодействия, социально-дезадаптивным формам поведения, а в некоторых случаях и к психопатологическим расстройствам.

**2.3. Роль семьи при возникновении и протекании психосоматических заболеваний у детей**

Одним из факторов, воздействующих на протекание психосоматических заболеваний, является отношение родителей к заболеванию ребенка [3]. Как правило, на отношение родителей к болезни ребенка влияют разные факторы. Это и состояние собственного здоровья, и страх перед последствиями обострений, и убежденность родителей в своих знаниях о конкретном заболевании.

Отношение к болезни ребенка сказывается и на отношении к его личности. В целом можно говорить о том, что взаимоотношения в семье подвергаются изменению в связи с появлением у одного из ее членов хронического заболевания [7].

К частным случаям нарушенных семейных отношений относится недостаток эмоционального тепла со стороны одного из родителей во время вербального или невербального общения.

Одним из факторов возникновения психосоматических заболеваний есть то, что один из родителей обращается к ребенку отстраненным или бесчувственным тоном, не проявляя сколько-нибудь значительного интереса к тому, чем он занимается, не сопереживая его трудностям, редко поощряя и одобряя. Детское поведение, связанное с переживаниями, встречается с раздражением и обычно пресекается. К словам детей не прислушиваются, их мнение игнорируется, в них не видят личность.

Ребенок ощущает себя центром происходящего, не может взглянуть на себя со стороны. Центрированность детей проявляется и в том, что происходящее вокруг они воспринимают как относящееся к ним самим. Ребенок в этом возрасте считает, когда он идет по улице, луна следует за ним или же что папа ездит в командировки, чтобы купить ему подарки... Иногда эта особенность стает причиной возникновения психосоматических заболеваний ребенка, связанных с семьей. В ситуации развода, когда взрослые прямо или косвенно поддерживают искаженную интерпретацию ребенка, он может прийти к выводу, что отец ушел из семьи из-за его плохого поведения. Возникшее чувство вины впоследствии может привести к самым разнообразным отклонениям в развитии личности.

Пытаясь понять причины поведения других людей, дети чаще всего опираются на собственный опыт и придают поведению других такой же смысл, как собственному [9].

Особенную роль в возникновенни психосоматических рассторойств играет само рождение ребенка. Первый ребенок появляется в семье, еще недостаточно готовой к детям. Как и все, с чем мы встречаемся в первый раз, появление ребенка и уход за ним в первые месяцы сопряжены с определенной долей неуверенности, тревожности. Часто молодая мать то и дело звонит подругам или доктору, чтобы узнать, нормально ли, что ее ребенок ночью не просыпается и не хочет есть, что, покушав немного, засыпает, а потом сразу же просыпается и снова просит есть, что двухмесячное дитя улыбается не только маме, но и постороннему, мало ли вопросов возникает в голове матери малыша!

И все же воспитание первого ребенка семьях и позже происходит под знаком неуверенности и переживания риска. Хотя число консультаций со знатоками уменьшается, неуверенность сопровождает отношения родителей и ребенка: как приучить к порядку? Как воспитать вежливость? Из-за неуверенности, тревожности требования родителей то бывают слишком жесткими, категоричными, то вдруг исчезают или даже меняются на противоположные.

Непоследовательность родителей - одна из причин того, что в дальнейшем дети воспринимают родителей как людей непостоянных, чье поведение трудно предвидеть, и поэтому менее склонны раскрывать свои чувства - неизвестно, как в очередной раз на них отреагируют мать или отец.

Ребенок, не сумевший преодолеть препятствий и не имеющий возможности официально и без потери в самоуважении выйти из ситуации, ищет косвенные пути. Безвыходная ситуация иногда решается посредством болезни. У некоторых детей перед занятиями начинает болеть голова, живот, их тошнит, они испытывают другие болезненные симптомы. В остальное время они как бы сглаживаются и вовсе исчезают во время летних каникул [18]. Примерно так же выглядит и так называемый школьный невроз, часто сопровождающий детей, с семьях которых возлагаются повышенные требования к ребенку, не соответствующие его реальным возможностям.

Во многих семьях время от времени трения, возникающие между супругами, способствуют появлению психосоматических проблем у ребенка. Решить эти проблемы и, таким образом, помочь ребенку часто просто невозможно без коррекции супружеских отношений.

Семья - единый организм. Нарушение эмоционального состояния ребенка, его плохое поведение, как правило, является симптомом других семейных болезней. Самая хорошая профилактика - оздоровление, улаживание супружеских отношений, решение собственных проблем. Они не изолированы, а прямо вплетены в отношениях с ребенком. Супружеские и собственные проблемы – не только ваше личное родителей, но важный фактор развития личности ребенка.

**2.4. Лечение**

У детей в результате того, что самосознание полностью не сформировалось, нет дифференцированного сознания болезни. В младшем возрасте еще не сформировано "чувство болезни" - и жалобы ребенка, как правило, скудны и неопределенны, поэтому невроти­ческие и психогенные реакции на болезнь встречаются редко.

В зависимости от возраста дети по-разному описывают свое заболевание. Описание болезни младшими подростками отличается использованием характеристик эмоционального состояния ("плохое настроение", "грустно").

Отношение к своему заболеванию у детей негативное. Поэтому, нужно с особенной осторожностью подходить к вопросу лечения и профилактики заболеваний.

Установление доверия. Разрешение психосоматических проблем начинается при первой беседе. Психотерапевт должен установить доверительные отношения чтобы убедить ребенка и его семью что он понимает реальность симптомов как и то, что они вызывают беспокойство дискомфорт и неудобства. Психотерапевт должен также выразить озабоченность благополучием ребенка вообще, включая его социальную активность. Становление доверия требует предоставления соответствующего времени ребенку и его родителям выразить их перспективы при первом и последующих визитах.

Когда психотерапевт выразил искреннюю озабоченность, он должен сделать четкое утверждение о неорганической природе психосоматического симптома и дать четкие рекомендации действия. Для семей, отказывающимся признать отсутствие органических причин, иногда полезно объяснить, что хотя в настоящее время невозможно найти органической причины, но имеющиеся симптомы могут быть остаточными или ранними проявлениями состояния которое находится в процессе излечения. Процессы восстановления выставляют большие требования к организму. Должен быть определен и согласован план лечения. Даже после достижения кажущегося согласия у некоторых родителей возникает вопрос «что, если появиться какой-либо новый симптом или имеющийся симптом не улучшится?». Они должны быть убеждены в том, что любой новый симптом или проявление указующее на органическое заболевание будет тщательно изучено.

Снятие симптомов. Снятие симптома или его снижение вероятно имеют наибольшее значение для детей с хронической или рецидивирующей заболеваниями.

Возвращение в школу и к деятельности. Пропуск уроков частое явление у детей с психосоматическими жалобами. Неспособность возвращения в школу может привести к растущему чувству беспомощности и сохранении навсегда роли больного. Если ребенок пропускал школу то возвращение в класс и другой деятельности должно быть запланировано так скоро как это только будет возможно; однако дети и их родители могут воспротивиться возвращению в школу, приводя целый ряд причин. Ребенок может испытывать страх перед возвращением, так как он имеет академическое отставание от учебной программы. Некоторые также боятся возвращения в группу сверстников и объяснения их отсутсвтия друзьям. Полезно постепенное возвращение в школу. Пребывание в школе часть дня было бы хорошим стартом, позволявшим ребенку постепенное вхождение в академическую, физикальную и социальную среду школы. Академические трудности, включая неспособность обучения должны быть, оценены у детей, испытывающих длительные затруднения при плохих отметках. Психоучебное тестирование клиническим психологом может помочь отдифференцировать низкую успеваемость, связанную с непосещением школы, и таковую, связанную с неспособностью к обучению.

Нередко дети с соматическими жалобами просят освобождения от физкультуры или гимнастики. Так это может быть полезно для некоторых с точки зрения снижения на время их физической активности, то присутствие на уроках физкультуры следует поощрять с целью дальнейшего возвращения к полной нагрузке.

Следует поддерживать контакт со школой с целью координации усилий по возвращеию ребенка в класс и обсуждения возможности относящихся к дому инструкций.

Если только у родителей сохранится желание всмотреться, вчувствоваться вмир ребенка, если они смогут, так сказать, посмотреть на семью его глазами, то они найдут способ, как стать ближе к нему, как помочь лучше разобраться в себе и в том, что происходит вокруг него и избежать появления заболеваний.

**Выводы**

Первая поставленная задача исследования выполнена. Нами был сделан подробный обзор литературы, посвященной психосоматическим заболеваниям. Ее осуществление совершалось на протяжении всей работы.

Выполнение второй задачи исследования нашло свое отражение в первой главе работы. На основе изучения медицинской и психологической литературы мы определили возникновение и протекание психосоматических заболеваний.

В качестве психосоматических расстройств принято рассматривать психические нарушения: а) осложняющиеся соматической патологией (нервная анорексия, булимия, алкоголизм); б) осложняющие некоторые методы лечения (депрессии и мнестические расстройства, возникающие после операций на сердце; аффективные, тревожные и астенические состояния при лечении гемодиализом); в) возникающие в связи с генеративным циклом у девочек (синдром предменструального напряжения). К соматопсихическим расстройствам причисляют также симптоматические психозы — делирий, аменцию, галлюциноз, которые соответствуют представлениям о реакциях экзогенного типа.

Третья задача исследования выполнена. Ей полностью посвящена 2 глава. На основе изученных данных мы определили особенности влияния семьи на возникновение и протекание психосоматических заболеваний у детей.

Возникновение психосоматической болезни у ребенка основывается на отношении родителей к его личности. В целом можно говорить о том, что взаимоотношения в семье подвергаются изменению в связи с появлением у одного из ее членов заболевания.

**Заключение**

Наша работа была посвящена рассмотрению психосоматических заболеваний у детей, роли семейного фактора в их возникновении.

Все поставленные задачи в исследовательской работе:

* 1) совершить обзор медицинской и психологической литературы, посвященной психосоматическим заболеваниям;
* 2) на основе изученных данных определить возникновение и протекание психосоматических заболеваний;
* 3) определить особенности влияния семьи на возникновение и протекание психосоматических заболеваний у детей;

были нами выполнены.

Возможные перспективы дальнейшей работы представляются нам связанными с более углубленным изучением факторов возникновения психосоматических заболеваний у детей. Любопытным было бы проведение собственного экспериментального исследования, посвященного рассматриваемой в настоящей работе проблеме. На сегодняшний день она, на наш взгляд, весьма актуальна, представляет немалый теоретический и практический интерес и поле для исследовательской деятельности.

**Список использованной литературы**

1. Антропов Ю.Ф., Бельмер С.В. Соматизация психических расстройств в детском возрасте. - М., 2005.
2. Арина Г.А. Психосоматический симптом как феномен культуры. // Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1991.
3. Астапов, В. М. Тревожность у детей. - М.: ПЕР СЭ, 2001.
4. Варга А.Я. «Системная семейная психотерапия»
5. Захаров А.И. Дневные и ночные страхи у детей. – СПб: Изд-во «Союз», 2004. – 448 с.
6. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей. – СПб: Изд-во «Питер», 2000.
7. Крейслер Л. Психосоматика в психопатологии младенчества. // Мать, дитя, клиницист. М., 1994.
8. Николаева В.В., Арина Г.А. Тяжело больной ребенок: штрихи к психологическому портрету // Школа здоровья №2 1995г.
9. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. СПб: Изд-во «Речь», 2001.
10. Николаева В.В., Арина Г.А. Клинико-психологические проблемы психологии телесности // Психологический журнал 2003 N1 т.24, стр.119-126.
11. Николаева В.В., Арина Г.А. Принципы синдромного анализа в психологическом изучении телесности. // I Международная конференция памяти А.Р. Лурия. М., 1998.
12. Психология телесности: между душой и телом. Под ред. Зинченко, Леви Т.С. М., 2005. Стр. 222-235, 253-269.
13. Телесность человека: междисциплинарные исследования (Под ред. В.В. Николаевой, П.Д.Тищенко). М.,1991.
14. Тревога и тревожность / Под ред. Астапова В.М. – СПб.: Питер, 2001.
15. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных личностных расстройствах и соматических заболеваниях. – М. 1995.
16. Холмогорова А.Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа изучения психических расстройств // Социальная и клиническая психиатрия №3 2002.
17. Холмогорова А.Б. Научные основания и практические задачи семейной психотерапии // Московский психотерапевтический журнал №2 2002.
18. Хоментаускас Г.Т. Семья глазами ребенка. – М.: Педагогика, 1989.
19. Черников А.В. Интегративная модель системной семейной психотерапевтической диагностики. – М., 1997.
20. 20.Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. СПб.: Питер, 2007.