

УДК 1.740

PSYCHOSOMATIC DISORDERS OF NEWBORN INFANTS

Okorochkova Elena Victorovna, senior lector of Institute of Service Sphere and Business, (branch) DSTU, Schakhty, Rostov-on-Don region.

Abstract. The article deals with psychosomatic disorders of newborn infants which are found in works of child psychologists and pediatricians and other professionals. The aim of this work is psychosomatic eating disorders of newborn infants – eating disorders, which are reflecting the difficulties in the relationship between the child, the mother and other family members.

The article shows that mother of child with infant colic has increased anxiety. The main method of treatment of psychosomatic disorders of eating behavior is family therapy, and the reducing of anxiety level of the mother and elimination of violations in the dyad "mother-child".

However, this view has not yet become the recognized one and these disorders are not based on strict clinical criteria and an uncertain time frame.

The reasons of such eating disorders are: lack of care from the mother, the child's needs misunderstanding. The main attention is given to practical activities of the psychologist's work with families and newborn children.

Keywords: psychosomatic disorders, psychogenic mother, anxiety, psychosomatic family, psychologist, children.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Окорочкова Елена Викторовна, старший преподаватель Института сферы обслуживания и предпринимательства, филиал ДГТУ в городе Шахты

Аннотация. В статье рассматриваются психосоматические расстройства у новорожденных детей, которые встречаются не только в работе детских психологов, а также педиатров и других специалистов. Целью данной работы является психосоматические нарушения пищевого поведения у новорожденных – расстройства питания, отражающие трудности во взаимоотношениях между ребенком, матерью и другими членами семьи. Показано, что мать детей с младенческими коликами имеет повышенную тревожность. Основным методом лечения психосоматических нарушений пищевого поведения является семейная психотерапия, и снижение уровня тревожности матери, устранение нарушений в диаде «мать-дитя». Вместе с тем, такой взгляд не стал еще общепризнанным, а выделенные нарушения не опираются на строгие клинические критерии и имеют неопределенные временные рамки. К причинам таких нарушений питания относят недостаточный уход за младенцем со стороны матери, непонимание потребностей ребенка ухаживающими за ним лицами. Главное внимание уделяется практической деятельности психолога работающего с семьями и новорожденными детьми.

Ключевые слова: психосоматические расстройства, психогенная мать, тревожность, психосоматическая семья, психолог, дети.

Актуальность. Одними из распространенных расстройств, часто встречаемых специалистами, работающими с детьми, в частности, детскими психологами, а также педиатрами, являются психосоматические расстройства.

Проблема изучения психосоматических расстройств у детей в период новорожденности, ранняя психологическая диагностика и коррекционная работа являются областью исследования психологических наук, в частности перинатальной психологии, социальной психологии, психофизиологии. На сегодняшний день, поднятая проблема изучена наиболее широко с точки зрения физиологии, что касается отраслей психологической науки, мы можем видеть лишь теоретические разработки и немногочисленные практические рекомендации по снижению психосоматических расстройств у новорожденных. Видя многоплановость этой проблемы, нам необходимо ее комплексно и системно изучить не только на индивидуально-психологическом, но психолого-педагогическом и социально-психологическом уровнях.

Рассматривая эту тему, невозможно не отметить, что в нашей стране, несмотря на все усилия правительства, происходит снижение уровня рождаемости. Количество осложненных беременностей и родов растет, и как следствие – снижается уровень здоровья новорожденных детей. Можно назвать причину такой ситуации – это нестабильная социально-экономическая ситуация, именно она неблагоприятно сказывается на психической сфере женщины и ее новорожденного ребенка. Отрицательные эмоции влекут за собой снижение качества здоровья матери, и, как следствие – ребенка.

Актуальность данной проблемы определяется недостаточным количеством сформулированных разного рода методических, методологических, практических подходов, а также средств и форм психологического воздействия на психику женщины в период беременности и ранний послеродовой период. Исходя из этого, возникла необходимость специального изучения особенностей психического состояния, влияющего на особенности эмоциональной сферы женщины, ее тревожность, а также необходимо определить уровень тревожности в период беременности и ранний послеродовой период.

Сведений о распространении психосоматических заболеваний в детской популяции крайне мало, есть мнение, что они имеют более широкое распространение, чем принято считать. В исследованиях С. Р. Болдырева (цит. по Исаеву Д.Н.2000), проведенных на

403 детей в условиях стационара, 80,9% больных обнаруживали нервно-психические расстройства, 40% психогений либо были причиной заболеваний, либо утяжеляли их течение. По сведениям из того же источника 2/5 всех обратившихся к педиатру детей страдают ПСР[1].

В 1996 году Б. Любан-Плоцца с соавторами (1996) среди ПСР выделили психосоматические реакции и психосоматические заболевания. К психосоматическим реакциям были отнесены реакции, возникающие при воздействии стресса, которые проявлялись головным головокружением, тахикардией и отсутствием аппетита. К этой же группе расстройств относят психическую астению, спровоцированную соматическим состоянием и больничным режимом [2]. Клиническая картина последней проявляется повышенной утомляемостью, дневной сонливостью, адинамией, аффективной лабильностью, раздражительностью, вспыльчивостью, гиперестезией, ослаблением внимания и памяти, головной болью, шумом в ушах, вегетативными проявлениями [3].

В нашей работе мы остановимся на младенческом возрасте. Согласно классификации С. А. Кулакова, к психосоматическим расстройствам этого возраста относят колики третьего месяца жизни, метеоризм, срыгивание, анорексию грудного возраста, приступы нарушения дыхания, спастический плач, нарушение сна, раннюю бронхиальную астму, внезапную смерть младенца. [4, с. 286]. Все эти нарушения, имеющие отношение к системе пищеварения, сведены в МКБ-10 под одной рубрикой F98.2 – расстройства питания в младенчестве и детстве, кроме пикацизма, имеющего шифр F98.3, анорексии (F50) и переедание (F50.4).

Причины, вызывающие психосоматические нарушения, делятся на внешние по отношению к организму – экзогенные и внутренние – эндогенные. Инфекционные заболевания, различные интоксикации, разного рода травмы, в том числе и травматические повреждения мозга, опухоли, психогенные расстройства, соматогенные относят к экзогенным болезнетворным агентам. Другие причины, которые будут связаны с наследственностью, конституциональными особенностями человека, возрастными сдвигами, называются эндогенными. Практическая психиатрия широко использует разделение этиологических факторов на экзогенные и эндогенные; именно по этиологическому принципу решающее значение имеет создание классификации психосоматических заболеваний.

В организме человека в ходе длительной эволюции сформировались ответные реакции, которые возникают на разнообразные воздействия окружающей среды. Если мы рассмотрим часть этих

реакций с точки зрения выживания человеческого вида, то увидим, что они закрепились в обмене веществ, а также стали наследственной особенностью. В результате, форма ответа, которая была индивидуальна в прошлом, оказалась запрограммированной для последующих поколений. Таким образом, что было экзогенным для наших предков, для нас стало эндогенным. Мы видим, путь эволюции очень сложен, на протяжении его изменялись не только приспособительные реакции к среде обитания, но и сама среда. В ходе длительной эволюции человек постоянно приспосабливал окружающую среду, таким образом, преобразовывая ее. Все преобразования изменяли и самого человека. Не всегда при встрече с вредоносным фактором возникает психосоматическое расстройство или возникает болезнь. Это можно увидеть на примере инфекционных заболеваний: не все люди, находящиеся в тесном контакте с инфекционными больными, склонны к заболеванию. Всегда имеются лица, нечувствительные или малочувствительные к инфекции. Для того, чтобы неблагоприятное воздействие вызвало заболевание, необходимо определенное состояние организма. Исходя из этого, этиология (причина) болезни не может быть приравнена к самому этому неблагоприятному фактору.

Поэтому главное в работе практического психолога – умение собрать и проанализировать информацию о развитии ребенка, соответствии симптоматики его возрасту. Это и является показателем профессионализма психолога. Различные возрастные кризисные периоды сопровождаются психосоматическими расстройствами или их эквивалентами. Изучая историю жизни маленького пациента, необходимо учитывать большое количество информации.

Беременность накладывает отпечаток на течение будущих психосоматических расстройств. Поэтому не менее актуальной является информация не только о возрасте, состоянии здоровья и роде занятий родителей к моменту беременности, но и течение всего периода ожидания ребенка. Обязательно обращаем внимание не только на физическое, но и психологическое состояние матери в течение беременности, осложнения во время беременности. Не менее важными являются психологические показатели, такие как желательность беременности, а так же эмоции родителей по поводу информации о поле будущего ребенка. Помимо выше перечисленных данных большое значение имеет наличие хронических заболеваний родителей, генетической предрасположенности к наследственным заболеваниям с обеих сторон, множественные пороки развития у других членов семьи, давность и характер предыдущей

беременности, предшествующие беременности, их желательность, исход; наличие аборт, их мотивы, влияние на супружеские отношения родителей. Обращаем внимание на наличие каких-либо зависимостей у родителей таких как табакокурение, алкоголизм, наркотическая или токсикоманическая зависимость, безудержная трата денег, на отношение в период беременности между родителями, а также с другими родственниками и членами семьи. Особое внимание уделяется родам: срочность, продолжительность, отклонения в процессе родов, вмешательства. Это очень важно для детей с психосоматическими расстройствами раннего возраста.

Следует также оценить эмоциональное состояние матери в этот промежуток времени («У меня были сложные отношения на работе, и я все время была в напряжении»). Именно в этот период женщина, находящаяся в ожидании ребенка, нуждается в психологическом сопровождении. Снижение тревожности в период беременности благоприятно отражается как на самой будущей маме, так и на новорожденном ребенке.

Исходя из этого, нами была разработана тренинговая программа «Комфортная беременность», которая помогала будущим мамам увеличивать адаптивность, обретать чувство защищенности, а также почувствовать внутреннее ощущение спокойствия и получить знание, как жить дальше, происходили позитивные изменения в отношениях со значимым человеком. Следствием всего этого было снижение тревожности и являлось хорошей профилактикой психосоматических расстройств у новорожденного.

Продолжая работать с ребенком, имеющего психосоматические расстройства, учитываем информацию о развитии ребенка на каждом этапе его жизни и особенно уделяем внимание кризисным периодам.

В данной работе уделяется внимание психосоматической семье, тут мы используем данный термин неотделимо от ребенка. Хотелось бы представить понятие психосоматической семьи. Под этим понятием, мы рассматриваем ту семью, в которой дети обретают психосоматические расстройства. Мы видим семейную систему, которая очень четко связана внутри себя, очень взаимозависима, а также очень замкнута на себя и изолирована от внешнего мира. В этой семье ведущими являются отношения по 3 направлениям:

Связывание. Это отношения внутри семьи, которые затормаживают развитие ребенка. Ребенок развивается только тогда, когда есть контакт с окружающим миром, а в такой семье нет такой возможности.

Отторжение. Эти отношения характеризуют такие фразы как «Не путайся под ногами», «Не мешай маме», «У меня нет сейчас возможности разговаривать с тобой». Именно такое отношение неизбежно приводит к чувству одиночества, ребенок ощущает себя никому не нужным.

Делегирование. Такое воспитание характерно тем, что ребенка воспитывают таким образом, чтобы из него выросло то, что не удалось родителям. Родители реализовывают себя через ребенка. Они не осознают, что реальное существование ребенка не должно противоречить проекции родителей на него.

В психосоматической семье избегают конфликтов, их «задавливают». Если конфликты «прорываются», они разрушают отношения и все вокруг.

Целью своей работы, как практического психолога, считаю решающей и одной из важных работ с семьей для выздоровления ребенка. С решением проблем в семье уходят и психосоматические расстройства у детей. Поэтому в рамках предложенной ранее тренинговой программы предлагались женщинам индивидуальные консультации с психологом:

- при повышенной нервной возбудимости и неуравновешенности;
- при излишней тревожности перед родами и появлением малыша;
- научиться дыханию и поведению в родах;
- при семейных (в том числе сексуальных) проблемах;
- при сложностях на работе или с родственниками;
- для лучшего контакта с будущим малышом.

В исследовании хотелось бы остановиться более подробно на наиболее типичном психосоматическом расстройстве, связанном с младенческими коликами. Нами были проведены психологическое консультирование 20 семей с новорожденными детьми, у которых проявляли признаки психосоматических расстройств, в частности, колики новорожденных.

Проведя работу с семьей, мы выявили, что мамы имели повышенную тревожность по разным причинам. Для этого использовался опросник Спилберга. Снижение тревожности мамы приводило к снятию психосоматических симптомов и устранению колик. Работа с мамой и ее семьей проводилась по следующей схеме:

1. Клинико-психологическая диагностика. (Первичное клинико-психотерапевтическое интервью).

Интервью проводится, прежде всего, с диагностической целью. Соответственно, оно подразумевает широкое применение вопросов. Цели первичного психотерапевтического интервью:

- 1) изучение основных жалоб пациента;
- 2) изучение личной истории пациента;
- 3) концептуализация случая и формирование соответствующих терапевтических задач.

2. Мультимодальный подход Оудсхорна.

При использовании этого подхода любую проблему можно представить в виде «слоеного пирога» из шести уровней. Каждый уровень отражает соответствующие биопсихосоциальные теории, которые служат для выдвижения частных гипотез и подбора психотерапевтических вмешательств:

Уровень 1. Проблема с внешним социальным окружением.

Уровень 2. Проблемы в семье.

Уровень 3. Когнитивные и поведенческие проблемы.

Уровень 4. Эмоциональные конфликты.

Уровень 5. Нарушение развития и личностные расстройства.

Уровень 6. Биологические нарушения.

3. Планирование терапии.

Арт-анализ и арт-терапия.

Символ драма.

Гештальт-терапия.

Релаксации и медитации.

Когнитивно-поведенческая терапия.

Общеизвестный факт, что ребенок, проживая первые месяцы жизни, испытывает потребности, находясь в циклическом состоянии, т.е. происходит чередование напряжения и удовлетворения. В психосоматической семье мать не может обеспечить удовлетворения, поэтому нестабильны сами ее реакции на ребенка. У такого ребенка не будет стабильности в дифференциации внутреннего и внешнего. Его идентичность не имеет достаточной основы для его развития.

Исходя из этого, можно сделать вывод: базовое доверие у ребенка возникает только тогда, когда мать в полной мере удовлетворяет своего ребенка, и как следствие, возникает чувство базового доверия, но при этом доверие к своему телу остается не сформированным. Что же происходит с ребенком на ранних стадиях развития? Происходит опора на мать, что является вспомогательным Эго.

Не сформированные границы телесного «Я» помогает ему формировать Эго. В результате этого ребенок обретает

нарциссический дефицит. Возникают проблемы психологического характера: недостаточная уверенность, и несформированное чувство безопасности. Окружающая среда становится опасной для него. Коммуникации ребенка с матерью появляются через неудовлетворенную физиологическую потребность, далее может появиться симптом, и что более опасно для него болезнь. К чему приводит болезнь? Она является радикальным средством получения любви, а также нарциссической подпиткой. Таким образом, ощутить собственное Я ребенок может, но только если возникает психосоматическое заболевание.

Дефицит идентичности ощущается с особой остротой, появляется ситуация потери объекта.

Весь процесс можно увидеть на стадии сепарации или индивидуации (диадных отношений).

Следующая подфаза практики – в которой начинает проявляться первый негативизм. Он дает возможность отрицать, связывать аффекты со словами. В поведении матери мы наблюдаем то, что отрицание ребенком окружающей действительности приводит ее к агрессивному поведению, она сильно злится, когда слышит «нет».

У ребенка возникает автономия в ответ на появляющийся страх материнской агрессии. Возникает страх идентифицирования себя с агрессором, чтобы у матери не вызвать агрессию еще более мощную. В это время ребенок может чувствовать поддержку матери, но только в проявлении контроля.

Он не получает свободы, ребенок без материнского контроля существовать не может, идентичность личности не развивается и как результат возникает симбиотический комплекс.

Если в нормальных условиях мать и ребенок выходят одновременно из симбиотического состояния, то психосоматогенная мать выходит из симбиоза первой. Мать все время диктует ребенку, каким он должен быть, потому что не знает, какая она сама. Она наносит ему травму, «подталкивая», таким образом, ребенка к разлуке. Мать заставляет жить его так, как будто идентичность сформирована, чего на самом деле нет.

Подводя итог данной работы, мы убеждаемся в том, что психогенная мать является причиной многих психосоматических проблем у ребенка.

Таким образом, работая с психосоматическим расстройством у ребенка, мы в первую очередь вовлекаем мать, как главный источник расстройств ребенка.

Библиографический указатель:

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства при соматических заболеваниях. Психиатрия. Издательство: Медицина 2002. 300 с.
2. Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей. СПб: Питер, 2000. 512 с.
3. Любан-Плоца Б, Пельдингер В., Креггер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача. СПб., 1996. 255 с.
4. Кулаков С. А. Практикум по психотерапии психосоматических расстройств. СПб: Речь, 2007. 294 с.

Статья поступила в редакцию 25.02.2014