

# НАРУШЕНИЯ ПРИВЯЗАННОСТИ КАК ОСНОВА ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

*Г. Я. Пилягина, Е. В. Дубровская*

\* Публикуется по изданию:

*Пилягина Г. Я., Дубровская Е. В.* Нарушения привязанности как основа формирования психопатологических расстройств в детском и подростковом возрасте // Мистецтво лікування. — 2007. — № 6. — С. 71–79.

*Всё, что нужно любому из нас, а главное нашим детям — это доступность терпеливого любящего родителя*

Анализ публикаций последних лет и основных задач клинической практики демонстрирует приоритетность изучения особенностей психопатологических и психологических механизмов формирования различных психических и поведенческих расстройств в детском возрасте. Один из важных аспектов данной проблематики — корреляция между детской психической травматизацией вследствие нарушений привязанности, патопсихологическими особенностями развития личности и их психопатологическими преобразованиями в процессе взросления. Важность понимания данных механизмов обусловлена тяжестью патологических нарушений, потенцируемых проблемами раннего возраста, — прежде всего, это касается искажённых родительно-детских отношений (РДО) и расстройств привязанности (РП). А к подобным патологическим расстройствам как следствию патологических РДО можно отнести все формы психосоматических нарушений (включая часто болеющих детей) и саморазрушающего поведения (химические и нехимические зависимости, а также собственно аутоагрессивное поведение, включая его крайние жизнеопасные варианты), невротические расстройства и формирующиеся расстройства личности.

Анализ патогенетических механизмов формирования психопатологических расстройств вследствие патологических РДО свидетельствует о наличии проблемы привязанности между ребёнком и ухаживающим за ним взрослым (прежде всего, между ребёнком и его матерью).

У младенца возникновению привязанности способствует врождённая необходимость связи с человеком, который обеспечивает удовлетворение его биологических потребностей в тепле, пище, физической защите. Не менее фундаментальным для нормального развития ребёнка и его привязанностей является психологический комфорт, который формирует у ребёнка чувство защищённости и доверия к окружающему миру. Таким образом, именно благодаря формирующейся привязанности ребёнок приспосабливается к матери, к её реакциям, а у матери в ответ на демонстрацию «отношенческой» активности младенца формируется устойчивая привязанность к нему с адекватным желанием заботиться о ребёнке. Этот постулат описывает значимость адекватности, зрелости материнского поведения как основы формирования привязанности у ребёнка, что равноценно базису его психического здоровья. Именно поэтому опыт адекватных РДО первого года жизни является определяющим для психологического, социального и личностного развития ребёнка на протяжении всей его дальнейшей жизни в результате закрепления чувства экзистенциальной безопасности и навыков решения сложных ситуаций (к которым для младенцев относится собственно процесс выживания и формирования первичных отношений), что и является основой психического здоровья растущей личности.

Теорию привязанности (и её нарушений) создал Джон Боулби (John Bowlby, 1907–1990), психоаналитик, который в работе с трудными детьми обнаружил, что дети, растущие в сиротских приютах, часто имеют различные эмоциональные проблемы, включая неспособность установить близкие и продолжительные отношения с окружающими. Такие дети оказываются неспособными любить именно потому, что на раннем этапе жизни, в младенчестве, не приобретают навыков формирования близких эмоциональных отношений, упускают возможность крепко привязаться к материнской фигуре. Однако позже Боулби наблюдал и описал подобные симптомы также у детей, которые в течение некоторого времени росли в нормальных семьях, но затем были надолго разлучены с родителями. На основе полученных данных он и выдвинул основные положения теории привязанности к которым можно отнести приведённые ниже центральные понятия (Боулби, 2003, 2004; M. D. S. Ainsworth, 1982).

- Понять человеческое поведение и механизмы его развития можно, только рассмотрев его основную (первоначальную) среду адаптации, в которой формируются паттерны поведения — в системе «мать–ребёнок».
- Привязывающие модели поведения (attachment behaviours) — жесты, сигналы, которые обеспечивают и поддерживают близость ребёнка к опекающим взрослым — заложены как эволюционная социобиологическая модель выживания человеческого сообщества (вида), следовательно, имеют инстинктивную сущность. Ребёнок как продукт эволюции испытывает инстинктивную потребность оставаться рядом с родителем (опекающим взрослым), на которого у него выработался импринтинг, без чего человеческое сообщество не смогло бы выжить.
- Стратегия привязывания создаёт «внутреннюю рабочую модель» близких отношений, которая представляет собой неразрывное и взаимообусловленное единство себя и другого: ребёнок осознаёт себя через отношение к нему матери и воспринимает мать как источник отношения к себе. Сейчас в русле теории привязанности изучаются не столько самосознание ребёнка, а, прежде всего, его поведение как формирующиеся способности (компетенции) в области социального адаптивного поведения.
- Биологическая основа механизмов привязанности — гормональные изменения в послеродовом периоде у матери, обуславливающие сензитивный период ранней привязанности между ребёнком и матерью (бондинг, bonding) и влияющий на дальнейшие отношения в диаде «мать–ребёнок».
- Теория привязанности (как способности формировать длительные близкие отношения) распространяется на весь онтогенез — фактически всю жизнь человека. Сформированная привязанность (её качество) в раннем возрасте непосредственно влияет на дальнейшие успехи человека в семейной жизни, профессиональные достижения, общение в целом (как уровень компетентности в социальном адаптивном поведении). В норме привязанность позволяет реализовать основные эволюционно-биологические задачи человека как представителя своего вида и пройти адекватный онтологический путь — оставить здоровое потомство, иметь адекватную социальную реализацию, решить задачи личностного развития, преодолеть проблемы детской травматизации.

Отсюда вытекает возможность использовать положения теории привязанности при рассмотрении особенностей патогенеза различных психопатологических расстройств (включая патологическое поведение), которые понимаются как результат разных типов негармоничных, патологических ранних РДО в рамках теории привязанности.

РП формируются практически с рождения ребёнка, а их манифестные клинические проявления очевидны в возрасте 6–8 месяцев жизни. Наиболее ярко типы РП

определяются в возрасте от года до 3–4 лет. Стандартно диагностика РП проводится в процессе анализа поведения ребёнка в помещении после ухода матери и при её возвращении. При этом выделяют четыре основных типа РП (M. D. S. Ainsworth, 1982, 1987).

**Тип А** — небезопасная привязанность избегающего типа (insecure-avoidant infants).

Данная категория детей обозначается как «индифферентные» или ненадёжно привязанные». Этот тип РП является условно-патологическим и выявляется у 20% детей. Такие дети выглядят достаточно независимыми в незнакомой ситуации. В игровой комнате сразу же начинают изучать игрушки. Во время своих исследований не используют мать в качестве отправной точки — не подходят к ней, что означает — мать не осознаётся ребёнком как объект защиты. Когда мать покидает комнату, они не проявляют беспокойства и не ищут близости с матерью при её возвращении. Если мама пытается взять их на руки, они стараются этого избежать, вырываясь из её объятий или отводя взгляд. Такое поведение может казаться исключительно здоровым. Но реально при избегающем поведении дети испытывают серьёзные эмоциональные трудности в виде блокирования эмоциональных переживаний, их осознания. Основой подобного «независимого» поведения часто является беспомощность матери в реализации опекающей функции при гипертрофии контролирования и манипуляций. Внешняя отчуждённость таких детей часто связана с пережитым травмирующим разлучением в более раннем возрасте или частым переживанием брошенности при регулярном отсутствии взрослых в момент какой-то потребности ребёнка. Внешне безразличная, сдержанная манера поведения, отрицание каких-либо чувств — защита от частого отвержения, попытка забыть о своей потребности в матери, чтобы избежать новых разочарований.

Матери таких детей — относительно несенситивные, «чёрствые», часто вмешивающиеся в жизнь ребёнка (контролирующие) и, одновременно, отвергающие его интересы, его личность, что делает малышей неуверенными в себе при внешнем очень независимом поведении.

Дети с «избегающим» типом РП научаются организовывать своё поведение без использования эмоциональных сигналов извне (от матери) и подавляя собственное эмоциональное реагирование. Они воспринимают в основном интеллектуальную информацию (вытесняя в подсознание эмоциональные сигналы), чтобы не испытывать запредельную боль отвержения; вырабатывают стратегию «защищающегося поведения» или «вынужденно уступающего поведения».

Взрослея, при наличии избегающего типа РП, ребёнок становится замкнутым, часто угрюмым, псевдозаносчивым («комплекс Печорина»), что часто обусловлено скрытой депрессивной симптоматикой и попыткой отгородиться от ранящего мира. Такие подростки не допускают доверительных отношений со взрослыми и ровесниками. Основной паттерн, мотив их поведения — «никому нельзя доверять» — формируется вследствие болезненного переживания разрыва отношений с близким взрослым или при частом отвержении с его стороны. В некоторых случаях такой разрыв (отвержение) воспринимается ребёнком как «предательство», а взрослые — как «злоупотребляющие» детским доверием и своей силой. Но при всех вариантах патогенетической основой РП становится эмоциональное «застревание» ребёнка на подобных болезненных переживаниях, сохраняющееся неосознанно годами с постепенной гипертрофией нефротических переживаний при отсутствии адекватной коррекции. У таких детей выявляются выраженные проявления когнитивно-эмоционального дефицита (КЭД) — диспропорционального преобладания интеллектуального развития над неадекватно

формирующимся эмоциональным развитием на основе нарушений стратегий переработки информации и построения соответствующего поведения. Если в норме, при отсутствии КЭД, аффективная и интеллектуальная информация личностью интегрируется и адекватно перерабатывается, то при патологических РП один из видов поступающей информации игнорируется, а другой усиливается и становится ведущим в качестве основного способа патологической адаптации. Этот процесс становится основой формирования КЭД и отражается в диспропорции эмоционального и когнитивного развития. При избегающем типе нарушений привязанности КЭД выявляется в регрессивных, инфантильных формах поведения.

**Тип В** — надёжная безопасная привязанность (*securely attached infants*): не относится к РП. Именно у таких детей наблюдается адекватное формирование привязанности к опекающему взрослому (матери). Такой ребёнок может не сильно огорчиться после ухода матери, но сразу тянется к ней после её возвращения, стремясь к близкому физическому контакту. В незнакомой обстановке ребёнок охотно исследует новое пространство, «отталкиваясь» от матери как исходной точки взаимодействия с миром. Такой адаптивный, «надёжный» тип привязанности характерен для 65% детей. Дети с «надёжным», «уверенным» типом привязанности усваивают коммуникативное значение множества средств общения, используют в приспособительном поведении как интеллект, так и эмоциональное реагирование. Способность к интегрированию интеллектуальной и эмоциональной информации позволяет им сформировать адекватную внутреннюю модель реальности и образцы поведения, максимально обеспечивающие безопасность и комфорт ребёнка как адекватное приспособление и являющиеся основой нормального психобиологического развития. Поэтому у таких детей не выявляются выраженные проявления КЭД.

**Тип С** — небезопасная привязанность тревожно-сопротивляющегося, амбивалентного типа (*insecure-ambivalent infants*). В процессе диагностики видно, как дети с таким типом РП очень сильно огорчаются после ухода матери, а после её возвращения цепляются за нее, но практически сразу же её отталкивают. Данный тип привязанности считается патологическим («ненадёжно-аффективным», «амбивалентным», «двойственным», «манипулятивным»). Определяется приблизительно у 10% детей. В незнакомой ситуации эти младенцы держатся близко к матери, беспокоясь по поводу её местонахождения, при этом практически не занимаются исследованиями пространства. Они приходят в крайнее волнение, когда мать покидает комнату, и проявляют заметную амбивалентность по отношению к ней, когда она возвращается (то приближаясь к ней, то сердито отталкивая её). Амбивалентность взаимоотношений с матерью проявляется в том, что ребёнок постоянно демонстрирует двойственное отношение к близкому взрослому — «привязанность—отвержение» — попеременно, а иногда практически одновременно. При этом перепады в обращении («привязанность—отвержение») являются стойко закреплёнными паттернами поведения, а полутона и сглаженность в эмоциональном реагировании практически отсутствуют. Такой ребёнок не осознаёт амбивалентность эмоциональных переживаний, хотя явно страдает от этого, не может объяснить своего поведения, что ещё больше потенцирует проявления искажённых патологических РДО. Часто такой тип РП приобретает черты негативной невротической привязанности, когда ребёнок постоянно, но неосознанно «цепляет» родителей, стараясь раздражить их и провоцируя родителей на наказания, в поиске «суррогата» привязанности, эрзац-внимания: необходимость разрешать постоянно возникающие проблемы вследствие неадекватного поведения ребёнка. Такой тип РП формируется в результате пренебрежительно-гиперопекающего (амбивалентного по сути) типа воспитания. Амбивалентный, тревожно-сопротивляющийся тип РП характерен для детей, чьи родители непоследовательны и истеричны. Они то «заласкивают» ребёнка, то взрываются,

обижают его, часто несправедливо наказывают, бьют, делая и то, и другое бурно и без объективных причин. Этим родители (преимущественно мать, так как отец часто в таких случаях либо отсутствует, либо не принимает участия в непосредственном воспитании ребёнка) лишают ребёнка возможности как понять родительское поведение и приспособиться к нему, так и осознать родительское отношение к себе. Такая непоследовательная манера поведения матери, как правило, оставляет ребёнка в неуверенности относительно того, будет ли она рядом, когда он будет в ней нуждаться.

В подростковом возрасте при наличии амбивалентного типа РП ребёнок часто выявляет различные формы оппозиционно-протестного поведения. Основной паттерн и мотив его поведения — «меня никто не любит, я никому не нужен». Патогенетической основой РП становится эмоциональное «застревание» ребёнка на болезненных переживаниях одиночества и брошенности в сочетании с озлоблением на близких за это (часто неосознаваемым). У таких детей выявляются выраженные проявления КЭД, когда стойко закрепляется бурное неадекватное эмоциональное реагирование при отсутствии достаточного импульс-контроля и навыков использовать интеллектуальную организацию поведения («подумай, что будет дальше»). У них вырабатывается перемежающиеся стратегии «застенчивого/принуждающего» поведения на фоне основных механизмов психологической защиты в виде проекции и смещения.

**Тип D** — небезопасная привязанность дезорганизованного типа (insecure-disorganized infants). Встречается приблизительно у 5% детей. В незнакомой ситуации после ухода матери дети либо «застывают» в одной позе, либо «убегают» от пытающейся приблизиться матери после её появления. Это «дезорганизованный, неориентированный», крайне патологический тип привязанности.

Такие дети научились выживать, нарушая все правила и границы человеческих отношений, отказываясь от привязанности в пользу силы: им «не надо», чтобы их любили, они предпочитают, чтобы их боялись.

Дезорганизованный тип РП характерен для детей, подвергающихся систематическому жестокому обращению и насилию. Они просто не имеют опыта привязанности, так как их родители практически не демонстрируют сигналы привязанности (часто имели подобные проблемы в своём детстве). В таких семьях часто встречается крайне жёсткий (жестокый) отец с ригидными перфекционистскими установками о значимости «спартанского» воспитания, тогда как слабая субмиссивная мать не способна защитить ребёнка от агрессивного отца. Либо же подобный дезорганизованный тип РП выявляется при выраженных депрессивных состояниях у матери, которая способна выявлять «внимание» к ребёнку только в форме агрессии, большую часть времени никак не откликаясь на ребёнка вследствие «замершего» депрессивного состояния.

В подростковом возрасте при наличии дезорганизованного (иногда амбивалентного) типа РП часто выявляются различные формы психопатологических расстройств, доходящие до субпсихотического уровня. Основной паттерн и мотив поведения таких подростков — «выразить свою боль и отомстить за неё». Патогенетической основой РП становится крайняя дезорганизованность поведения при полном отсутствии импульс-контроля и выраженных нарушениях аутоидентификации в виде негативной Я-концепции и чувстве собственной малоценности. Для таких детей и подростков также характерны перемежающиеся стратегии «застенчивого/принуждающего» поведения, которые могут стать доминирующим и практически нерегулируемым стилем. На фоне такого неконтролируемого волей и социальными ограничениями поведения возможна его трансформация в явно «агрессивное» или очевидно «беспомощное». Основой подобных

проявлений и преобразований является не только полное вытеснение интеллектуального потока информации и неспособность адекватного осмысления ситуаций (на фоне выраженного КЭД), но и трансформация амбивалентного бурного аффективного реагирования в крайне деструктивные формы.

Кроме выше перечисленных изолированных типов РП, можно говорить также о «симбиотическом» типе привязанности как о смешанном типе (комбинация типов А/С). Такие дети не отпускают мать от себя ни на шаг, и в этом проявляется их «психологический симбиоз». Данный тип РП формируется у высокотревожных матерей, плохо осознающих и реагирующих на сигналы и потребности ребёнка, а ориентирующихся исключительно на собственные «правильные» представления о воспитании с избеганием малейшей опасности для её ребёнка, «грозящей повсюду». У детей с данным симбиотическим типом РП нарушено формирование «Я-концепции» и принятия себя как самостоятельной личности — в силу отсутствия ощущения себя как части единовоспринимаемой диады мать–дитя. С возрастом у этих детей нарастает и закрепляется стойкое высокотревожное реагирование, поскольку мать отвечает на их сигналы только при прямом зрительном контакте и выраженных аффективных реакциях ребёнка (плач, боль), что потенцирует формирование его «болезненности» как единственного эффективного способа привлечь материнское внимание к собственным потребностям. В дальнейшем возрастает конфликт между потребностью психологического отделения от матери, разрыва симбиотической привязанности со стороны ребёнка и потребностью удержать такую симбиотическую зависимость, что приводит к усугублению и без того крайне высокой тревожности у обоих. Этот эмоциональный конфликт наиболее часто проявляется формированием различного рода психосоматических нарушений или усугублением имеющихся соматических/неврологических расстройств.

Комбинация амбивалентного и депривационного (тип А/С) стиля поведения родителей у детей с выраженными экстравертированными чертами часто потенцирует формирование промискуитетного типа привязанности (патологический тип РП). Такие дети постоянно нацелены на «заслуживание» любви у любого взрослого любой ценой часто с закреплением субмиссивного подчиняемого поведения. В незнакомой ситуации такой ребёнок начинает быстро включаться в близость с любым незнакомым человеком на фоне «неотлагательной» потребности увидеть знаки любви со стороны взрослого. Именно такой закреплённый паттерн «вынужденно уступающего» поведения формирует многочисленные варианты проявлений эмоциональной зависимости в более старшем возрасте и в крайних формах приобретает черты постоянной «жертвенности». Подобная психологическая искажённость поведения также сопровождаются диспропорциональным преобладанием эмоционального реагирования (с выражением крайней ранимости и незащитности) над интеллектуальным осмыслением ситуаций и при формировании длительных отношений на основе выраженного КЭД и нарушенных стратегий переработки информации и построения эмоционально зависимого поведения — крайне деструктивных паттернов, также вызывающих формирование различных психосоматических расстройств.

Как изолированные, так и сочетанные типы РП достаточно часто наблюдаются в детской психиатрии. Однако зачастую такие дети становятся «регулярными» пациентами исключительно педиатров или узко специализированных интернистов, которые наблюдают и лечат соматические проявления психологического дискомфорта, вызванного патологическими РДО. Маской (и наиболее тяжёлым следствием) практически всех типов РП являются психосоматические нарушения, когда соматическими проявлениями маскируется серьёзные эмоционально-когнитивные и поведенческие расстройства. К ним

относятся, прежде всего, различные виды соматоформных расстройств: преимущественно недифференцированное соматоформное расстройство (F45.1); ипохондрическое расстройство (F45.2) и соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (F45.3). Особую сложность данные нарушения представляют тем, что такие пациенты — в отличие от детей с выраженными поведенческими расстройствами — попадают на приём к психиатру через длительный промежуток (месяцы, годы) после возникновения и манифестации как РП, так и психосоматических проявлений, соответственно — не получают адекватной эффективной помощи.

Детский психиатр на приёме, внимательно наблюдая за отношениями между матерью и ребёнком, без труда определит тип РП в диаде. Частые болезни, высокая резистентность к проводимой терапии, появление всё новых и новых соматических симптомов на протяжении одного заболевания, неспособность самостоятельно работать или играть, привлечение к себе постоянного внимания со стороны взрослого, особая болезненность в течение учебного года и хорошее самочувствие во время каникул — подобные симптомы должны насторожить врача. В такой ситуации важно диагностировать наличие психосоматической природы болезненности ребёнка, характер и выраженность подобных нарушений. Определение лежащего в основе психосоматического заболевания типа патологической привязанности предотвратит высокую болезненность ребёнка и применение зачастую малоэффективной лекарственной терапии, направленной на купирование соматических симптомов. Такие пациенты, прежде всего, нуждаются в квалифицированной психиатрической и психотерапевтической помощи.

Наиболее часто психосоматическая патология возникает у детей с РП типа С (амбивалентный, «ненадёжноаффективный», «манипулятивный» тип привязанности). Нарушения поведения «манипулирующих» детей преимущественно связаны с постоянными попытками привлечь к себе внимание окружающих и избежать ответственности за свои поступки. Дети данного типа считают, что в их проблемах виноваты другие (родители) и именно они должны изменяться и приспосабливаться к потребностям, проблемам ребёнка. Такой ребёнок формирует манипулятивные, неискренние отношения с целью получения выгоды для себя, а зачастую и для причинения вреда другому (особенно при наличии РП типа D — небезопасная привязанность дезорганизованного типа). Для них характерно выраженное регрессивное поведение: крайняя нетерпеливость, нарушения питания, склонность к ипохондризации с преувеличенно демонстративными симптомами болезненности, которые очень тяжело поддаются коррекции и часто рецидивируют при фиксации врачом внимания к успешному окончанию лечения. Они выражают беспомощность и отчаяние, постоянную всепоглощающую потребность во внимании. Для этих детей характерно недоверие к интеллектуальной информации: разъяснениям, попыткам врача объективно продемонстрировать, доказать психосоматический характер нарушений и их опасность для жизни с последующей адекватной нормализацией образа жизни (необходимость посещать школу, выполнять соответствующую домашнюю работу, активно общаться со сверстниками). Для общения они оставляют исключительно эмоциональный компонент: аффективные вспышки, слезливость, тревожность, страхи без реальных причин. Эмоции таких детей незрелы, поверхностны с выраженным нарушением волевого компонента (дисциплинированность, толерантность к отсроченному вознаграждению, умение планировать и осуществлять планы в соответствии с возрастом), поскольку воспитание в их семье носит характер гиперопеки или по типу «кумир семьи».

В качестве иллюстрации рассмотрим клинический случай (имена изменены).

На приёме детского психиатра мальчик Борис Б., 9 лет в сопровождении матери и отца, по направлению врача пульмонологического отделения, где ребёнок проходит курс стационарного лечения по поводу стенозирующего ларинготрахеита. Основанием консультации психиатра были приступы истерического возбуждения, которые не удавалось купировать традиционными методами вербального успокоения или с помощью инъекций сибазона. Вывести из приступа ребёнка удалось только с помощью ввода в общий наркоз. За последний месяц отмечалось три подобных приступа: первый перед поступлением в стационар был спровоцирован активным протестом против необходимости идти в школу (нежелание ходить в школу имело стойкую тенденцию); второй — в стационаре за две недели до осмотра в связи с нежеланием выписки из больницы; последний — произошёл накануне осмотра, уже дома, после разговора с ребёнком об учёбе и планах на будущее.

Из анамнеза известно, что Борис — единственный ребёнок в семье, родившийся от второй нормально протекающей беременности. Рождение ребёнка было желанным для родителей. Роды с помощью кесарева сечения в связи с крупным весом плода (вес при рождении — 4 кг 350 г) и узким тазом матери. Раннее развитие без особенностей: рос и развивался в соответствии с возрастом. Болел редко — простудными заболеваниями. Стиль воспитания — по типу «кумир семьи». Детский коллектив до школы не посещал, находился с матерью. Была попытка организовать посещение ребёнком детского сада в 5,5 лет, но из-за трудностей адаптации посещал детский сад не более двух недель. В школе с шести лет. Весь первый год за партой просидел с бабушкой (присутствие которой на уроках объяснялось тем, что ребёнок с трудом адаптируется к учёбе). Второй класс бабушка «провела» в коридоре возле класса, каждую перемену оберегая внука. Третий год в школе учился самостоятельно, без сопровождения бабушки (по настоянию учительницы). Учительница относится к ребёнку хорошо, дополнительно занималась с ним. Борис школьную программу усваивает, учительницу любит.

Первый серьёзный школьный конфликт произошёл в конце первого полугодия текущего школьного года (четвёртый класс). В школе происходила фотосъёмка учащихся, и ребёнок был твёрдо убеждён, что его снимают для того, чтобы поместить его фото на школьную доску почёта. Не найдя своей фотографии на желаемом месте, ребёнок накинулся на учительницу, которая не стала его утешать, как обычно, и не разъяснила ситуацию (накануне она похоронила мужа, ей было не до того), а просто вызвала родителей. На следующий день мальчик заболел (диагноз: «острая респираторная вирусная инфекция»). С тех пор в школу не ходит уже 3,5 месяца — выздоравливая, опять и опять болевая перед выходом в школу.

Данные осмотра: избыточная масса тела; бледен, на лице страдальческое выражение, прямо не сидит, съезжает со стула, периодически демонстративно громко кашляет, прижимая ко рту полотенце, которое затем рассматривает, ища кровь; «позволяет» матери ухаживать за собой: снять куртку; посадить на стул, придерживая туловище; вытереть пот с лица; поднести полотенце и пр. Во время сбора анамнеза громкими приступами кашля пытался заглушить рассказ родителей. В себе и окружающем ориентирован полностью. Контакт свободный. Говорит тихим, сильным голосом, оживляется, рассказывая о своих переживаниях, болезненных проявлениях. При выполнении заданий экспериментально-психологического исследования ищет поддержки у матери, иногда открыто заставляя её сделать тесты вместо него. По результатам тестирования выявляет недостаточно развитые школьные навыки: устный счёт по Крепелину с грубыми ошибками; чтение в медленном темпе, хотя смысл прочитанного усваивает хорошо; письмо с обилием орфографических ошибок. Видит общий смысл сюжетных картинок, игнорируя чувственные переживания участников сюжета. Постоянно ожидает похвалы за каждый этап задания. Внимание

поверхностное, легко отвлекаемое. Отмечается низкий уровень фрустрационной толерантности (непереносимость психологического напряжения): не может брать ответственность даже за выполненное задание, при неудачах обвиняет окружающих — «слишком сложно», «мы этого не проходили», «мне никто не помог», «не объяснили» и т. п. Полностью теряет в ситуации соперничества, бросая выполнение задания. По тесту самооценки Дембо–Рубинштейна выявляет резко завышенную самооценку по шкалам «красота», «ум», «принятие» (9–10 баллов по 10-бальной системе), и резко заниженную — по шкалам «здоровье» (1 балл) и «счастье» (2 балла). Рисунок человека выполнен с выраженными признаками регрессии (для 9 лет): существенно нарушены пропорции рисунка, отсутствует шея, рукава без рук, туловище в форме овала, ноги — палочки, на голове резко выделяются большие уши и рот.

Данный клинический случай наглядно демонстрирует преимущественно «манипулятивные» проявления тревожно-сопротивляющегося, амбивалентного типа РП (тип С). Ребёнок, который в силу особенностей воспитания считает, что вся окружающая действительность «вращается» вокруг него, неспособен адекватно приспособливаться к реальной ситуации. Неспособность преодолевать малейшие стрессовые ситуации, низкий уровень использования когнитивных возможностей в их преодолении привёл к эмоциональному срыву при первом случае серьёзного несоответствия ожиданий по отношению к ситуации. В дальнейшем однократный внесемейный конфликт (где не было «моментальной» поддержки от близких) быстро привёл к формированию (манифестации) тяжёлого психосоматического расстройства, что подтверждает наличие выраженного аутодеструктивного характера реагирования на фоне низкой стресс-устойчивости. При отсутствии адекватного психотерапевтического вмешательства в подобных случаях вероятность формирования крайне тяжёлого и некурабельного инвалидизирующего ипохондрического расстройства очень высока.

Симбиотический вид РП (тип А/С), наиболее характерный при формировании психосоматической патологии, наглядно иллюстрирует следующий клинический пример.

На приём к детскому психиатру по направлению невропатолога пришли Аня Л. (11 лет) и сопровождающая её бабушка (со стороны матери). На протяжении двух лет девочка наблюдается у невропатолога по поводу тикозного расстройства. Однако получаемое лечение эффекта не даёт, так как тики проходят самостоятельно в летний период и носят упорный, декомпенсированный характер в остальное время года. Иных жалоб Аня активно не предъявляет. В ходе расспроса бабушка отметила, что проблемы девочки особенно беспокоят мать ребёнка, но та боится сопровождать дочь на приём к врачу, так как опасается, что сама является причиной возникновения тикозного расстройства у дочери.

Во время осмотра девочка совершает множество лишних движений в плечевом поясе, а также руками, напоминающих стремление освободиться от сковывающей одежды. Контакт свободный. Ориентирована полностью. Негативно реагирует на любые высказывания бабушки в свой адрес. В беседе выявляет высокий уровень тревоги: выражен страх раскрытия и оценивания. Усиление тиков отмечалось при разговоре о школе и об отношениях с матерью. Выяснилось, что в школе у Ани не только нет подруг — по сути, она является изгоем в классе, так как с ней не желают общаться остальные дети, якобы считая её новенькой, хотя она учится в этом классе уже четвёртый год. Из разговора о семье выяснилось, что девочка живёт в одной комнате с матерью и делит с ней постель. Вторую комнату занимает отец Ани. Девочка проводит с мамой всё свободное время: в выходные дни они вместе ездят по магазинам или идут в гости к бабушке. Отец, пытаясь привить дочери навыки самообороны, настаивает на посещениях

ею школы восточных единоборств, а мать стимулирует занятия в музыкальной школе. Любимое занятие ребёнка — игра в «компьютерную семью», где основная задача — моделирование семейных отношений. Вечером, после прихода матери, они вдвоём проводят два–три часа за этой игрой. На вопрос: «В каком возрасте ты чувствовала себя наиболее комфортно? Хотела бы остаться жить?» девочка ответила, что в возрасте 5 лет, когда мать ещё не вышла на работу. Это свидетельствует о том, что нормальное проявление самостоятельной взрослой жизни мамы — выход на работу после декрета — вследствие наличия симбиотических отношений с матерью стало для Ани психологической травмой с переживанием ненужности, брошенности и опасности взросления, «усиливающих» эти болезненные переживания.

Было рекомендовано пригласить маму на приём. Через две недели врача посетила мать девочки. При обсуждении проблем Ани она отметила, что сама на протяжении всей жизни испытывала подобные симптомы — страх из-за возможной разлуки с матерью. На вопрос, какое будущее она хотела бы видеть для своей дочери, мать ответила, что хотела бы быть ей всегда нужной, и провести жизнь рядом с ней. Дальнейшая беседа выявила нарушения в отношениях между родителями вследствие гипертрофированного предпочтения ребёнка мужу: многие годы мать спит с дочерью, практически не поддерживая сексуальные отношения с мужем.

Проведённая беседа о проблеме психологической зависимости ребёнка от матери, о желании и невозможности разрыва взаимных симбиотических отношений как причины тревоги и тиков ребёнка (тикозные движения символизируют на «языке» тела желание вырваться, освободиться) произвели огромное впечатление на мать, которая не осознавала патологического влияния её «всепоглощающей любви» к дочери. Перестраивая внутрисемейные отношения, под руководством врача удалось добиться практически полного устранения тикового расстройства, без применения медикаментов. Первым шагом стало выделение Ане самостоятельного спального места как формального удостоверения со стороны близких на право иметь собственное реальное и психологическое пространство. Наличие такого пространства (реального места или помещения) крайне важно для взрослеющего ребёнка, но главное значение имеет осознание родителями наличия психологического личностного пространства ребёнка, что проявляется в умении считаться с мнением ребёнка, в воспитании учитывать не только свои родительские представления, но и пожелания ребёнка и т. д.

Рассмотренные клинические примеры подтверждают значимость для практической педиатрии знаний о специфике нервно-психического и психологического развития ребёнка. Прежде всего, речь идёт о специфических характеристиках периодов морфо-функционального созревания детского организма с особенностями психического реагирования во взаимоотношениях с матерью (другими опекающими взрослыми). Нарушения РДО (особенно материнско-детских отношений) искажает формирование адекватных адаптационных механизмов у ребёнка и, соответственно, является облигатным признаком возникновения психосоматических расстройств детского возраста. Возникающие на фоне искажённых РДО нарушения привязанности приводят к формированию негативной модели себя и окружающей реальности, а также формируют деструктивные стратегии преодолевающего поведения и тестирования реальности. Особенную роль в патогенезе РП играют нарушения интегративной способности ребёнка к восприятию интеллектуальной или эмоциональной информации с последующим формированием КЭД как патологического типа предпочтения того или иного вида информации (преимущественно интеллектуальной при игнорировании, вытеснении эмоциональной, или наоборот). Это приводит к хронификации высокого уровня тревожности и депрессивных паттернов реагирования, что впоследствии

трансформируется в манифестные психопатологические проявления, являющиеся ключевыми пусковыми моментами в формировании любых видов психосоматических расстройств или других нарушений поведения.

Таким образом, в качестве ранней диагностики РП и психосоматических нарушений на приёме врачу-педиатру целесообразно обращать пристальное внимание на особенности отношений в диаде мать–дитя. Для этого во время сбора анамнеза — при «подозрении» о наличии РП — следует прицельно интересоваться характером взаимоотношений в семье (между всеми её членами) и реальных последствиях этих отношений. Прежде всего, это касается стиля воспитания, отношения к учёбе, удовлетворения интересов ребёнка, наличия собственного пространства у ребёнка, включая своё спальное место и т. д. Принципиально важным в диагностике РП являются следующие аспекты состояния здоровья ребёнка: частота соматических заболеваний, быстрота выздоровлений во время предыдущих заболеваний, наличие «необъяснимых» соматических симптомов, неадекватная реакция на проводимую терапию, влияние ухода других членов семьи (кроме матери) на течение болезни (с кем ребёнок себя чувствует лучше, а с кем — хуже), отношение матери к болезням ребёнка (склонность к преувеличению тяжести состояния ребёнка или отсутствие установок на скорое выздоровление), наличие сформировавшегося в семье понятия «у нас ребёнок крайне болезненный». Последнее утверждение связано с выявлением тенденции к ипохондризации психосоматических проявлений как к трансформации реальных соматических заболеваний в сторону ощущения их крайней тяжести и опасности на фоне патопсихологически нарушенных РДО, так и к формированию сосредоточения интересов матери вокруг лечения и профилактики любых симптомов нездоровья у ребёнка. Это также может свидетельствовать в пользу психосоматической природы его болезненности.

Признаки патологической привязанности (различных типов РП), которые может увидеть врач-педиатр на приёме:

- мать пытается всё время держать ребёнка старше 5–6 лет, обращение врача или приход любого незнакомого человека вызывает у ребёнка выраженное стремление прижаться к матери, «спрятаться» в её теле (особенно в возрасте старше 5–6 лет);
- ребёнок старается держать мать в поле зрения (в пределах вытянутой руки), реагирует на рассказ матери демонстрацией описываемых симптомов, негативно, протестно реагирует на предположение врача о наличии более лёгкого заболевания, не требующего продолжительного и интенсивного лечения;
- мать боится оставить ребёнка старше 6–7 лет одного в кабинете или отпустить на обследование с врачом; ребёнок демонстрирует резкое повышение тревоги на предложение разлучиться с матерью (осмотр в отдельном кабинете и др.);
- мать, напротив, старается держать ребёнка подальше от себя, отказывая ему в адекватном физическом контакте, но при этом всё время пытается установить с ним зрительный контакт, ища подтверждения своим словам — при рассказе о симптомах болезни мать больше смотрит на ребёнка, чем на врача;
- в беседе, в рассказе о состоянии здоровья ребёнка выражена эмоциональная отстранённость матери, словно мать говорит о постороннем человеке, не обращая внимания на реакции ребёнка.

Выявление данных факторов в сочетании с анамнестическими данными позволяет заподозрить наличие РП и психосоматическую природу различных соматических симптомов (прежде всего, со стороны сердечно-сосудистой, пищеварительной и дыхательной систем) или заболевания в целом, по поводу которого обратились родители ребёнка. Для уточнения или опровержения данного предположения целесообразно

направить ребёнка на консультацию к психиатру, помощь которого в лечении данных психопатологических (коморбидных) расстройств может стать единственным эффективным методом вмешательства.