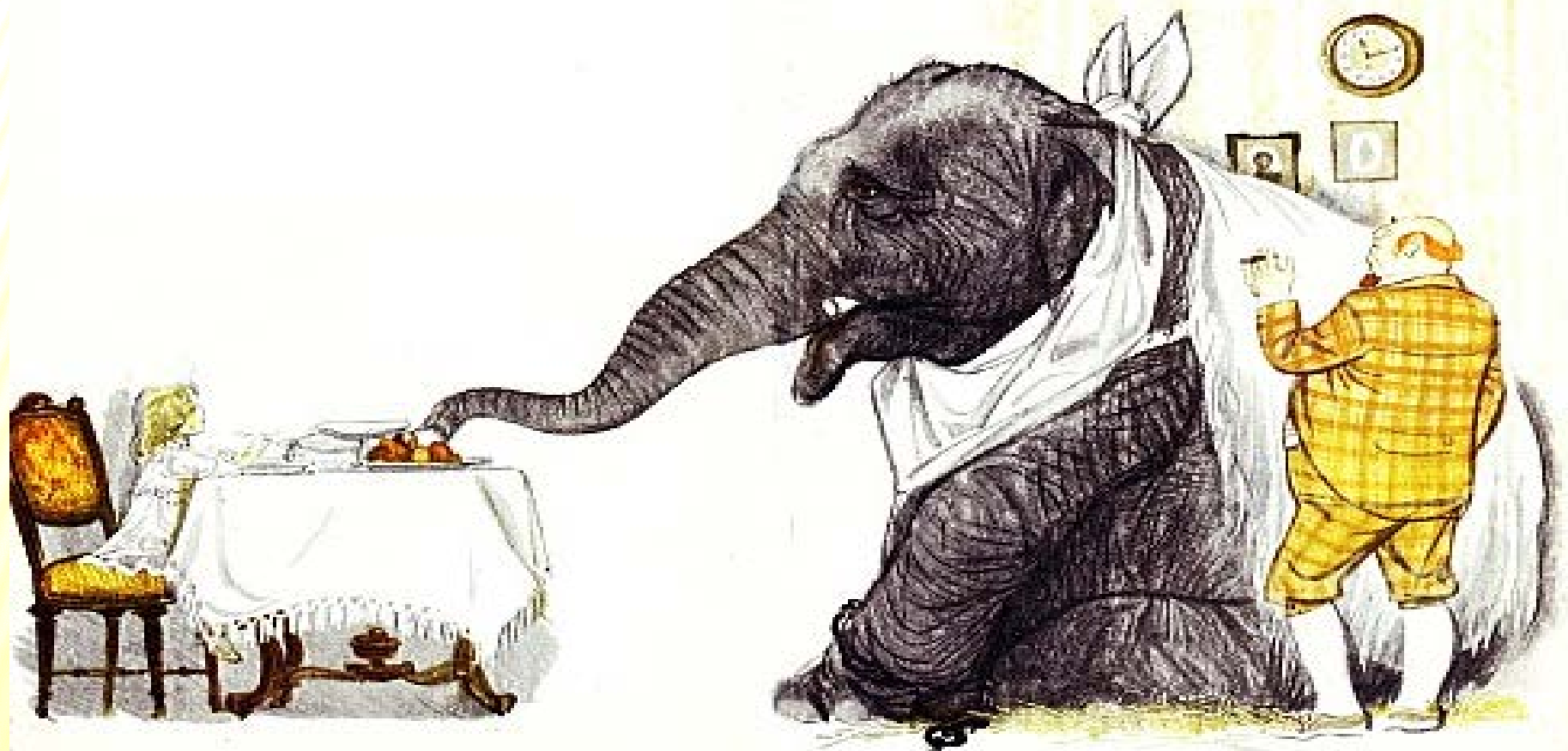
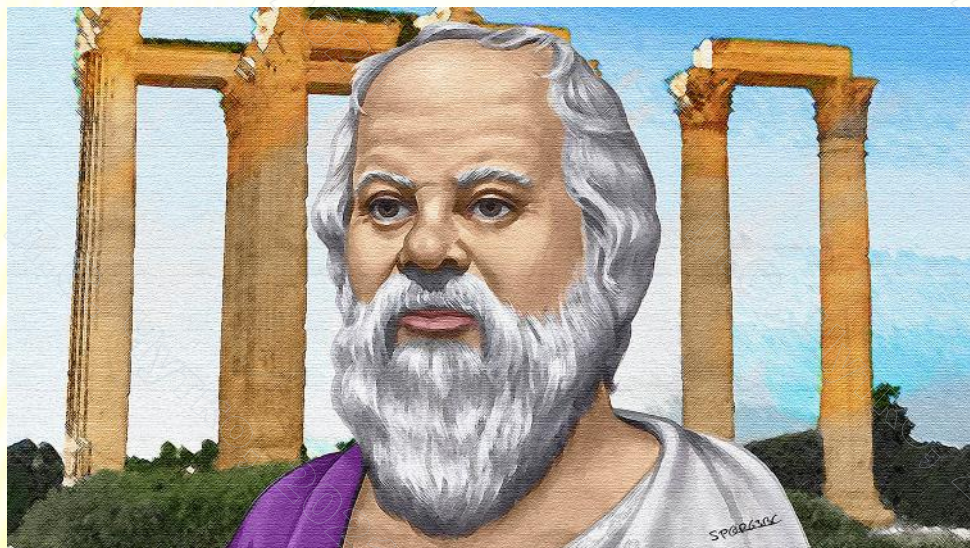


ЧУТКО Л.С.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ



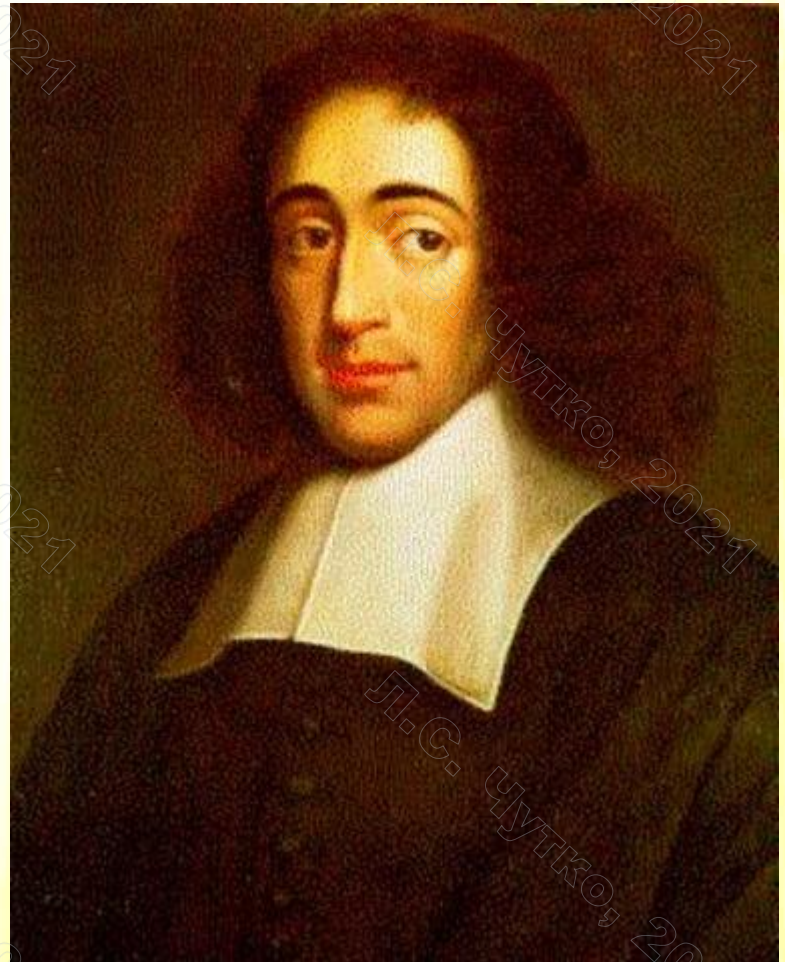
СОКРАТ



«Неправильно лечить
глаза без головы,
голову без тела,
так же как тело
без души»

Б. СПИНОЗА (1632-1677)

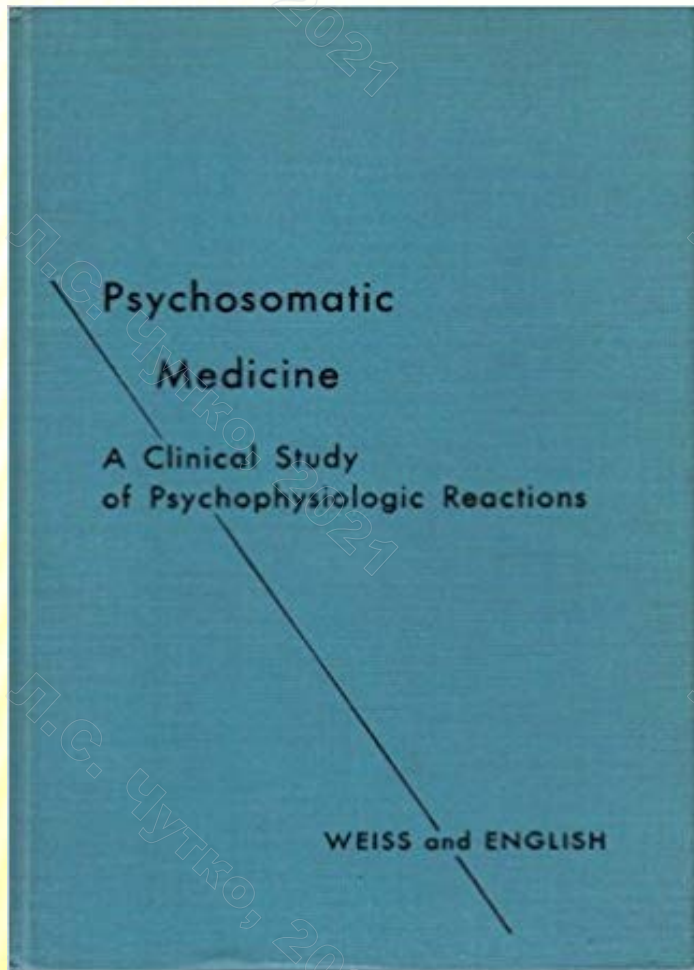
«О происхождении
и природе аффектов» —
единство телесного
и аффективного



ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- J. Heinroth (1818) — соматические расстройства могут вызываться душевными расстройствами
- F. Deutsch (1922) — «психосоматическая медицина», из представлений о взаимосвязи психической и физической сфер жизнедеятельности человека

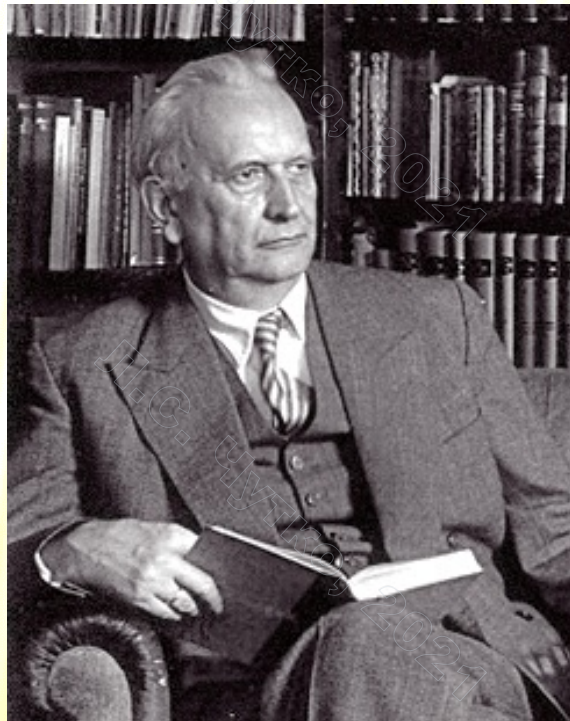
E. WEISS, O. ENGLISH



«Психосоматика — это подход, «который не столько умаляет значение телесного, сколько уделяет больше внимания душевному»

К. ЯСПЕРС

Невроз поражает душу, которая... выбирает тот или иной орган специально для того, чтобы через него проявить свое поражение вовне...



ОБЩИЕ ПРИЗНАКИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

- 1) Значительная роль психического стресса в проявлении, развитии и динамике заболевания
- 2) Хроническое течение
- 3) Преморбидные особенности личности пациента
- 4) Низкая эффективность обычных методов лечения соматической патологии
- 5) Положительный эффект при применении психотерапии и психофармакотерапии

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

- 40-68% обращающихся за помощью в поликлинику детей (Брызгунов И.П., 1995)
- 8-40% детей, обратившихся в поликлинику (Исаев Д.Н., 1996)

ТРЕВОГА

Эмоциональное состояние, для которого свойственны сильный негативный аффект, симптомы мышечной напряженности и предчувствие опасности или неудачи в будущем (Barlow, 1988)

СОМАТИЗАЦИЯ

Склонность переживать психологический стресс на физиологическом уровне в виде телесных жалоб

(J. Lipowsky, 1989)



«ДВЕ ЛИНИИ ОБОРОНЫ» А. MITSCHERLICH, 1966

- 1-ая — психо-социальная — совладание с конфликтом осуществляется исключительно психологическими средствами, т.е. через социальную поддержку. Если нормальная психологическая защита не срабатывает, подключаются невротические защитные механизмы
- 2-ая — соматизация — вступает в действие, когда с конфликтом не удастся справиться на психологическом уровне

ПАТОГЕНЕЗ «ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ» (Д.Н. ИСАЕВ)

- 1) Наследственная предрасположенность к психосоматическим расстройствам
- 2) Изменения в ЦНС, приводящие к нейродинамическим сдвигам
- 3) Личностные особенности
- 4) Психотравмирующие события
- 5) Фон из неблагоприятных семейных и социальных факторов



ПСИХОАНАЛИЗ

Фрейд: конверсия в результате срыва психологической защиты; «соматизация» — «вытеснение», посредством которого подсознательные представления реализуются на уровне соматическом уровне

В ЛЮБОЙ НЕПОНЯТНОЙ
СИТУАЦИИ
ЗАБОЛЕВАЙТЕ



ТЕОРИЯ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОГО КОНФЛИКТА

(F. ALEXANDER, 1891-1964)

- Каждому эмоциональному состоянию (а не типу личности) соответствует свой тип вегетативных нарушений и соматических заболеваний
- Эмоциональным фоном мигрени является сильная, неосознанная, хроническая, подавленная ярость и враждебность



F. DUNBAR (1902-1959)

Особые типы личностей
по принципу
специфической
предрасположенности
к тем или иным
соматическим
заболеваниям.



ПОВЕДЕНИЕ ТИПА «А»

«Коронарный тип личности»

(M. Friedman и R. Rosenman)

(1959):

- чрезмерное стремление к достижению успеха и признанию, чрезмерный контроль над ситуацией, повышенная агрессивность, нетерпеливость
- враждебность и гневливость



«ПРИНАДЛЕЖИТЕ ЛИ ВЫ К ЛЮДЯМ ТИПА А?»

1. Вы всегда все делаете очень быстро?
2. Проявляете нетерпение, потому что вам кажется, что все делается очень медленно?
3. Всегда думаете одновременно о двух и более вещах или стараетесь делать одновременно несколько дел?
4. Испытываете чувство вины, когда уходите в отпуск или позволяете себе расслабиться на несколько часов?
5. Всегда стараетесь «втиснуть» в свое расписание больше дел, чем вы можете надлежащим образом выполнить?
6. Нервно жестикулируете, чтобы подчеркнуть то, о чем говорите, например сжимаете кулаки или сопровождаете свои слова ударами по столу?
7. Оцениваете себя в зависимости оттого, сколько успели выполнить?
8. Проходите мимо интересных событий и вещей?

АЛЕКСИТИМИЯ («НЕТ СЛОВ ДЛЯ НАЗВАНИЯ ЧУВСТВ»)

- Особенности личности, характеризующиеся затруднениями в вербализации и идентификации эмоциональных проявлений, в дифференцировке между чувствами и телесными ощущениями, бедностью воображения (P. Sifnoes, 1973)
- 10% популяции (Franz M. и соавт., 2008)



ПЕРФЕКЦИОНИЗМ

Стремление к совершенству,
«ВСЕГДА И ВО ВСЕМ БЫТЬ ЛУЧШЕ ВСЕХ»



ИНФАНТИЛЬНАЯ ЛИЧНОСТЬ (J. RUESCH, 1948)

Зависимость,
завышенный уровень
притязаний
и пассивность,
особенно — пассивная
(сдерживаемая)
агрессивность



«ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ» МАТЬ (М. МАНЛЕР, 1965)

Авторитарная, доминирующая, открыто тревожная, требовательная и навязчивая.

■ Два типа отношения к ребенку:

- 1) скрытое, неосознаваемое отвержение — при этом ребенок использует язык тела для привлечения внимания матери (мать как бы стимулирует у ребенка более массивное использование этого языка)
- 2) симбиоз — мать как бы консервирует телесный контакт, тормозя становление более поздних форм взаимодействия



ГИПЕРОПЕКА ВЫРАЖАЕТСЯ СТРЕМЛЕНИЕМ РОДИТЕЛЕЙ:

- 1) окружать ребенка повышенным вниманием
- 2) во всем защищать, даже если в этом и нет реальной необходимости
- 3) сопровождать каждый его шаг
- 4) предохранять от опасностей, которых нет
- 5) беспокоиться по любому поводу и без повода
- 6) удерживать детей около себя, «привязывать» к своему настроению и чувствам
- 7) обязывать поступать определенным способом



Чем выше тревожность родителей, тем более выражена гиперопека

Н. АММОН (1981)

«Психосоматогенная» мать реагирует только на соматические потребности ребенка или обращает на него внимание в тех случаях, когда он болеет, поэтому ребенок взаимодействует с ней через психосоматический симптом.

Психосоматическое заболевание позволяет матери поддерживать с ребенком форму контакта, которая находится в созвучии с его бессознательными страхами; а ребенку — создать себе путь для контакта.

ПСИХОСОМАТОГЕННЫЕ СЕМЬИ

(Э.Г. ЭЙДЕМИЛЕР И В.В. ЮСТИЦКИС, 2009)

- 1) сверхвключенность родителей в жизненные проблемы ребенка, которая мешает развитию самостоятельности
- 2) сверхчувствительность каждого члена семьи к дистрессам другого
- 3) низкая способность менять правила взаимодействия при меняющихся обстоятельствах
- 4) тенденция избегать выражения несогласия и открытого обсуждения конфликтов
- 5) ребенок и его заболевание часто играют роль стабилизатора в скрытом супружеском конфликте

МОДЕЛЬ ДЕСОМАТИЗАЦИИ — РЕСОМАТИЗАЦИИ (M. SCHUR, 1955)

- «Регрессия» — неосознанное возвращение к более раннему уровню развития, «инфантильным» формам поведения, позволяющим удовлетворять реальные желания и потребности
- Развитие здорового ребенка — «десоматизация». По мере взросления соматических форм реагирования становится меньше, и ребенок начинает позволять все более осознанные, когнитивные формы проработки опасностей и ситуаций страха
- Ресоматизация является психосоматической регрессией, возвращением к раннему уровню, на котором были только телесные реакции

У. КЕННОН, «РЕАКЦИЯ БОРЬБЫ - БЕГСТВА»



ТЕНДЕНЦИИ В ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ЖИЗНИ СОВРЕМЕННОГО ЧЕЛОВЕКА (ХОЛМОГорова А.Б.)

1. Возрастание частоты и интенсивности эмоциональных нагрузок
2. Негативное отношение к эмоциям, которым приписывается деструктивная, дезорганизующая роль

ВЫУЧЕННАЯ БЕСПОМОЩНОСТЬ (SELIGMAN M., 1967)

Ощущение отсутствия сопряженности результата и действия в деятельности, направленной на достижение цели





**Локус
контроля**



Экстернальность

Интернальность

АНТРОПОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

(WEIZSACKER V.)

- Болезнь является сигналом об экзистенциальном кризисе жизни, и символический смысл соматических расстройств надо искать в субъективной истории жизни
- Возникновение психосоматического расстройства в период жизненного кризиса зависит от дисбаланса между трудностью и личностной значимостью проблемы с одной стороны и с отсутствием ресурсов для ее разрешения с другой

ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Дизонтогенез (генетические факторы, резидуально-органические факторы — последствия перинатальной патологии), «задержка эмоционального развития», СДВГ



1. «Минимальная мозговая дефицитарность»

Изменения нейропластичности, относительно низкий уровень эмоционального интеллекта, алекситимия



2. Психодинамический (развитие личности)

Формирование индивидуальной предрасположенности



3. Стресс → усиление тревоги



4. Хронизация тревоги

Формирование устойчивого патологического состояния



5. Соматизация тревоги

Выбор уязвимого органа. Возникновение психосоматических заболеваний

УРОВНИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

(В.В. КОВАЛЕВ, 1985)

- Соматовегетативный (0–3 года)
- Психомоторный (3–7 лет)
- Аффективный (7–11 лет)
- Эмоционально-идеаторный (11–17 лет)

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ У ДЕТЕЙ

- 1-3 года — запоры, диарея
- 3-8 лет — эпизодическая рвота
- 6-12 лет — боли в животе
- 9-12 лет — головные боли
- 13-16 лет — приступы головокружения, кардиалгии, синкопальные состояния

ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА (ПВР)

Группа патологических состояний полиэтиологического характера, возникающих на основе взаимодействия психических и соматических факторов и проявляющихся соматизацией психических нарушений.

Синонимы:

- Соматоформные р-ва (F.45); вегетососудистая дистония
- Нейроциркуляторная дистония (НЦД); нейроциркуляторная астения (НЦА)
- Вегетативный невроз, вегетоз; органический невроз

СОМАТОФОРМНЫЕ Р-ВА F.45-

Группа психогенных заболеваний, характеризующихся патологическими симптомами, напоминающими соматическое заболевание, но при этом не обнаруживается никаких морфологических проявлений, хотя при этом часто имеются неспецифические функциональные нарушения.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- 10-26% больных общесоматической сети
(Levenson J. et al., 1990; Hemert A. et al., 1993)
- 50% рабочего времени
(Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986)
- Синдром вегетативной дистонии (СВД)
у детей — 20-82% случаев
(Белоконь Н.А., Кубергер М.Б., 1987)

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

- 40-68% обращающихся за помощью в поликлинику детей (Брызгунов И.П., 1995)
- 8-40% детей, обратившихся в поликлинику (Исаев Д.Н., 1996)

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

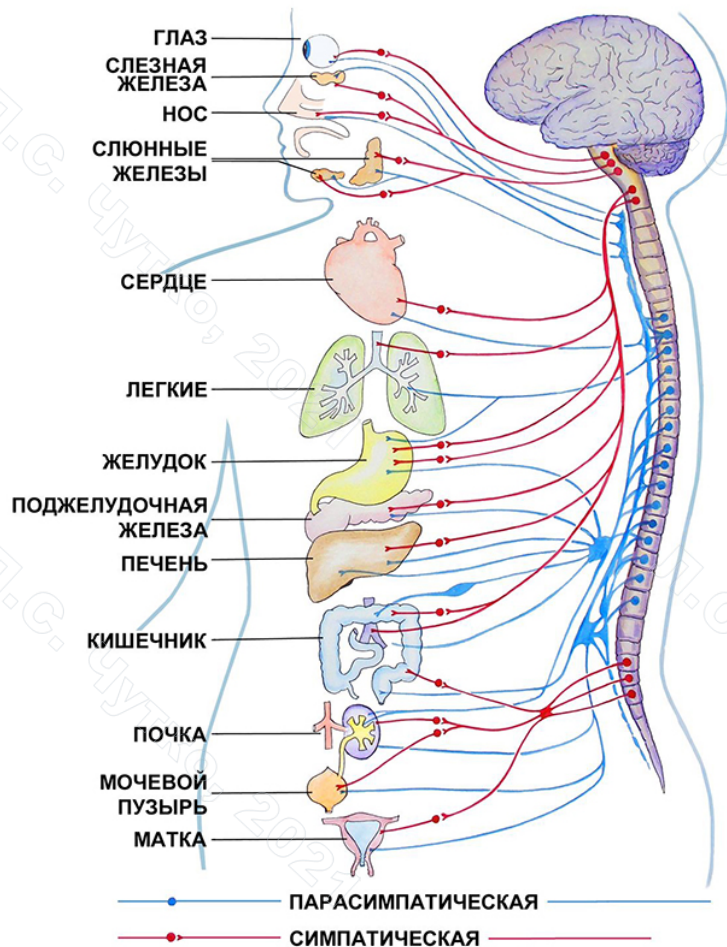
- Психо-соматический генез заболеваний органов пищеварения — 40-50%
- Психогенная зависимость бронхиальной астмы — 44%
- Психогенная зависимость алергодерматозов — 56%
- Синдром вегето-сосудистой дистонии — 50-70%
- Хр. психогении у девушек с функциональными расстройствами репродуктивной функции — 60%

ВЕГЕТОСОСУДИСТАЯ ДИСТОНΙΑ. СИНОНИМЫ

- Соматоформные р-ва (F.45)
- «Нейроциркуляторная дистония» (НЦД)
- «Нейроциркуляторная астения» (НЦА)
- «Medically Unexplained Symptoms», («с медицинской точки зрения необъяснимые симптомы»)
- Somatic symptom disorder (расстройство соматической симптоматики)
- Телесный дистресс («Bodily distress syndrome»)
- G90.8 — другие расстройства вегетативной (автономной) нервной системы
- G90.9 — расстройство вегетативной (автономной) нервной системы

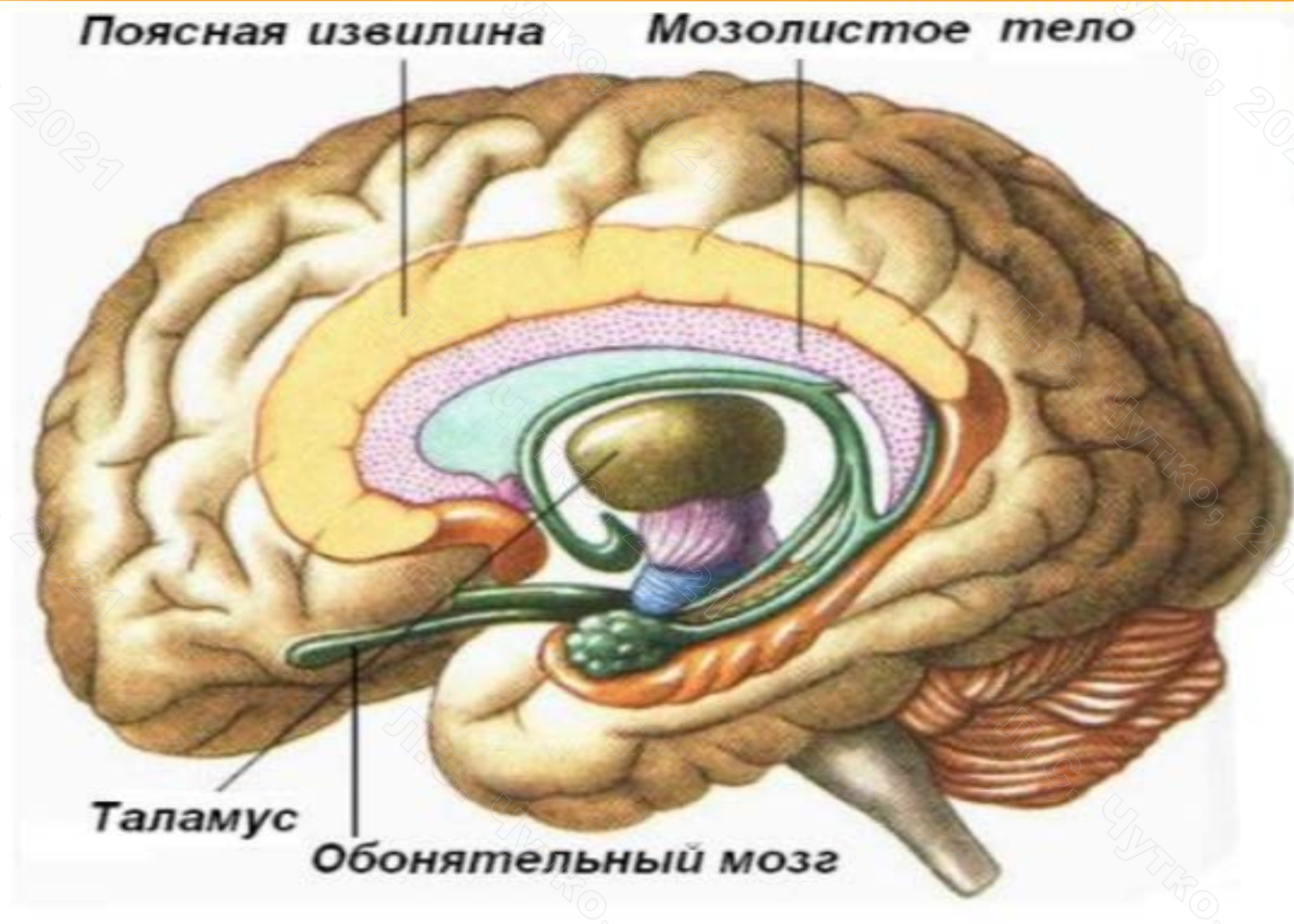
ВЕГЕТАТИВНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА (ВНС) — ГЛАВНЫЙ РЕГУЛЯТОР ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ОРГАНИЗМА

ВЕГЕТАТИВНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА



- 1) Поддержка гомеостаза (постоянство внутренней среды организма)
- 2) Вегетативное обеспечение деятельности — мобилизация функциональных систем организма в ответ на действие внешних факторов с целью адаптации организма к меняющимся условиям окружающей среды

ЛИМБИЧЕСКАЯ СИСТЕМА



ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ СВД (СФР) У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

- Наследственная отягощенность
- Перинатальная патология
- Хронические очаги инфекции
- Гормональный дисбаланс (пре- и пубертатный период, врожденные и приобретенные заболевания желез внутренней секреции)
- Психоэмоциональные перегрузки
- Особенности личности ребенка
- Повышенная личностная тревожность, депрессивные нарушения, ипохондрическая фиксация на состоянии собственного здоровья

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПВР

- Чрезмерность
- Экспрессивность
- Полиморфизм
- Внезапность появления и исчезновения
- Изменение под влиянием новой информации

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С СФР (BARSKY A., 1990)

- Соматосенсорное усиление (somatosensory amplification) — стабильное свойство личности фокусировать внимание на соматические симптомы, благодаря чему усиливается субъективное восприятие физических ощущений
- Щадящее / избегающее поведение
- Контролирующее поведение



МЕТАФОРЫ ПАЦИЕНТОВ

- «Мое сердце трепещет, как овечий хвост»,
«останавливается, а потом запускается снова,
но через силу»
- «Боль, как будто в сердце всадили нож
или вставили тонкую, но острую иглу»,
«тяжесть на сердце, словно могильную плиту
положили на грудь»

НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНАЯ ДИСТОНΙΑ

- Кардиалгический синдром
- Синдром нарушения сердечного ритма
- Нарушения артериального давления
- Гипервентиляционный синдром
- Расстройства терморегуляции
- Синдром раздраженного кишечника

НЕЙРОГЕННЫЕ ОБМОРОКИ (СИНКОПАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ)

- Вазодепрессорные (вазовагальные) обмороки — у детей с ваготонией
- Провоцируются стрессом, резкой болью, видом крови, перегреванием
- В основе — резкое снижение АД
- Ортостатические обмороки возникают при быстром переходе из горизонтального положения в вертикальное, длительном стоянии

АРИСТОТЕЛЬ

«Боль — это не просто ощущение, а эмоция, определяющая мотивацию поведения человека»



МНОГОФАКТОРНАЯ КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ БОЛИ (ПО LOESER J.D., 1982)



БОЛЕВАЯ ЛИЧНОСТЬ (ENGEL G., 1959)

- Личность склонная к боли, вторичная выгода
- Агрессия, страдание и боль в детстве
- Родители были склонны к частым наказаниям либо наоборот дистанцировались и были холодны



«БОЛЕВЫЕ» СЕМЬИ

- Материнское моделирование боли
- Ближайшие родственники пациентов с ХБ часто страдали от мучительных болей
- В нескольких поколениях может формироваться специфическая модель реагирования на боль
- Наличие рядом нетолерантного к боли партнера
- Невозможность прямого показа чувств
- «Болевые игры»

(Turkat, Rock, 1984; Ross D.M., Ross S.A., 1988)

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СЕМЬИ В СЕМЬЯХ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ. ИНВАЛИДНОСТЬ, СВЯЗАННАЯ С БОЛЬЮ, В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ СВЯЗАНА С ФУНКЦИОНИРОВАНИЕМ СЕМЬИ, ЧЕМ С ИНТЕНСИВНОСТЬЮ БОЛИ

J Pain. 2010 Nov;11(11):1027-38. doi: 10.1016/j.jpain.2010.04.005.

Systematic review of family functioning in families of children and adolescents with chronic pain.

Lewandowski AS¹, Palermo TM, Stinson J, Handlev S, Chambers CT.

⊕ Author information

Abstract

Disturbances in family functioning have been identified in youth with chronic pain and are associated with worse child physical and psychological functioning. Assessment measures of family functioning used in research and clinical settings vary. This systematic review summarizes studies investigating relationships among family functioning, pain, and pain-related disability in youth with chronic pain. Sixteen articles were reviewed. All studies were cross-sectional; 7 utilized between-group comparisons (chronic pain versus healthy/control) and 12 examined within-group associations among family functioning, pain, and/or pain-related disability. Studies represented youth with various pain conditions (eg, headache, abdominal pain, fibromyalgia) ages 6 to 20 years. Findings revealed group differences in family functioning between children with chronic pain and healthy control subjects in 5 of 7 studies. Significant associations emerged among family variables and pain-related disability in 6 of 9 studies with worse family functioning associated with greater child disability; relationships between family functioning and children's pain were less consistent. Different patterns of results emerged depending on family functioning measure used. Overall, findings showed that families of children with chronic pain generally have poorer family functioning than healthy populations and that pain-related disability is more consistently related to family functioning than pain intensity.

PERSPECTIVE: This review highlights the importance of family factors in pain-related disability in youth with chronic pain. Results suggest that family-level variables may be an important target for intervention. Family functioning measures showed significant variation, and researchers should take this into account when selecting instruments for use in research and clinical settings.

Copyright © 2010 American Pain Society. Published by Elsevier Inc. All rights reserved.

PMID: 21055709 PMCID: PMC2993004 DOI: 10.1016/j.jpain.2010.04.005

[Indexed for MEDLINE] [Free PMC Article](#)



Publication types, MeSH terms, Grant support



LinkOut - more resources



ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ МОДУЛЯЦИЯ БОЛИ

- Болевые установки
- Страх того, что боль может повториться
- Пациенты воспринимают боль как необъяснимую, что ведет к ее хронизации (А.Б. Данилов и соавт., 2001)
- Копинг-стратегии

«СПИРАЛЕВИДНОЕ ТРЕВОЖНОЕ РЕАГИРОВАНИЕ» (R. KELLNER, 1990)

- Эмоциональный стресс и тревога поддерживают мышечное напряжение и способствуют хронизации головной боли
- Болевой синдром является причиной усиления тревоги

КИНЕЗИОФОБИЯ (KORI ET AL., 1990)

Страх движения или физической активности
в результате травматизации

«Раненый солдат испытывал облегчение, благодарность судьбе за то, что ему удалось уйти живым с поля боя, и даже эйфорию. Для гражданских лиц серьезная хирургическая операция — это источник депрессии и пессимизма.» (Г. Х. Бехер)



ГАЙ МУЦИЙ СЦЕВОЛА



«Человек, страдающий головной болью, является медицинским сиротой ему предстоит пройти путь от офтальмолога к отоларингологу, неврологу, стоматологу, психиатру и т.д. Ему назначают массу анализов и дают огромное количество лекарств, а в конце концов, очень часто он остается один на один со своей головной болью»

R.C. PACKARD

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЦЕФАЛГИЙ У ДЕТЕЙ

- <3 лет — 82% детей
- 3-5 лет — 3-8%
- 7-9 лет — 31-51.5%
- 10-15 лет — 26-82%

Пик встречаемости — 11-13 лет

Мальчики (6-18 лет тенденция к снижению) / Девочки (6-18 лет тенденция к повышению) — 1/3, 1/5 к 15 годам

(Rothner A., Hershey A., 2001; Abu-Arafah I, Macleod S., 2005; Ozge A. и соавт., 2011; Сергеев А.В, 2012; Делягин В.М., 2014)

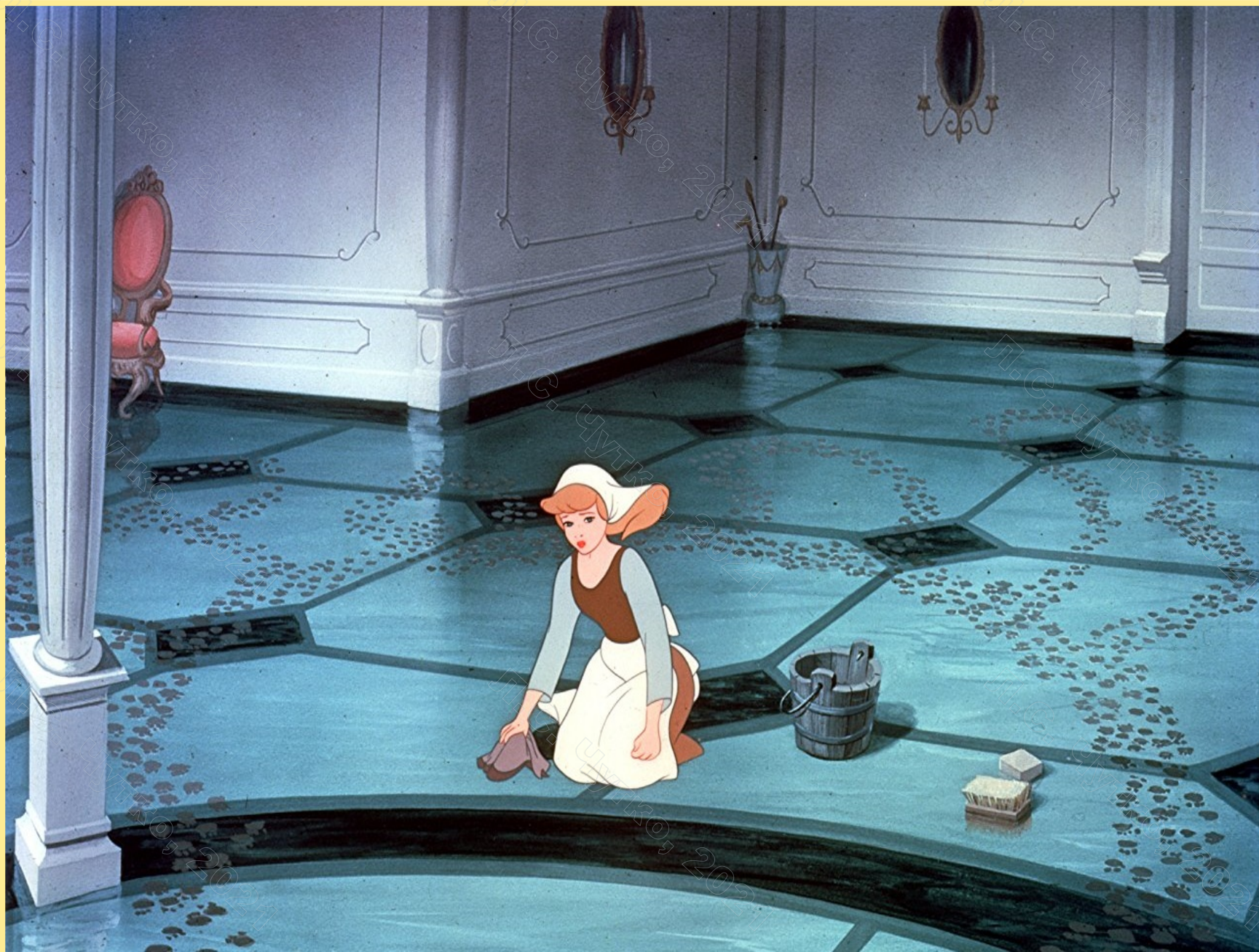
МКГБ-3 (2013 г.)

- Часть I: Первичные ГБ (цефалгии, не связанные с заболеваниями мозга и других структур головы и шеи)
 - 1) Мигрень
 - 2) Головная боль напряжения
 - 3) Кластерная цефалгия
 - 4) Другие первичные головные боли
- Часть II: Вторичные ГБ (цефалгии, связанные с другими заболеваниями)
- Часть III: Лицевые боли

ЧАСТОТА РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ГБ У ПОДРОСТКОВ 13-17 ЛЕТ

ГОЛОВНЫЕ БОЛИ — 80,2%, ПЕРВИЧНЫЕ ГБ — 72,2%,
ГБН — 59,7% (СТЕПАНЧЕНКО К.А., 2015)





ГОЛОВНЫЕ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ (G 44.2)

- 1) Давящий, тупой, неп пульсирующий, по типу «каска», «обруча»
- 2) Слабая или умеренная интенсивность, полностью не нарушающая обычную деятельность пациента
- 3) Периодически или постоянно головная боль, сопровождающаяся неприятными ощущениями, напряжением мышц шеи и плеч
- 4) Двусторонняя диффузная боль
- 5) Обычная физическая нагрузка не усиливает боль

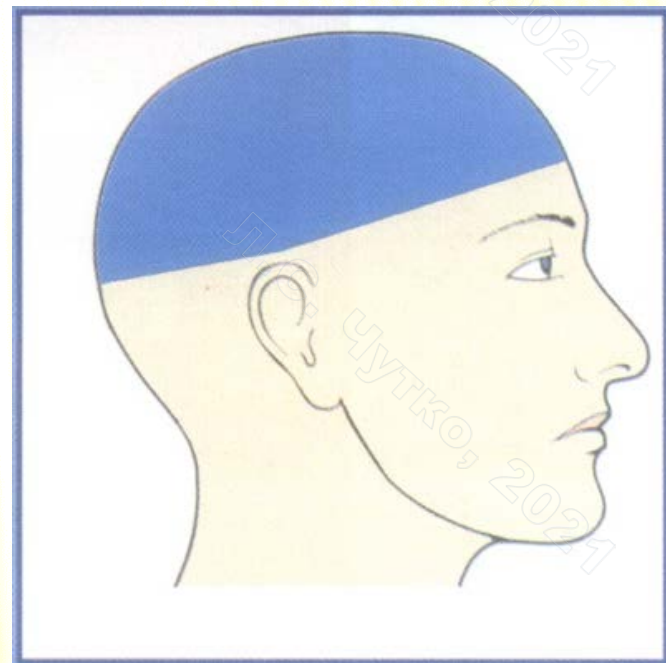
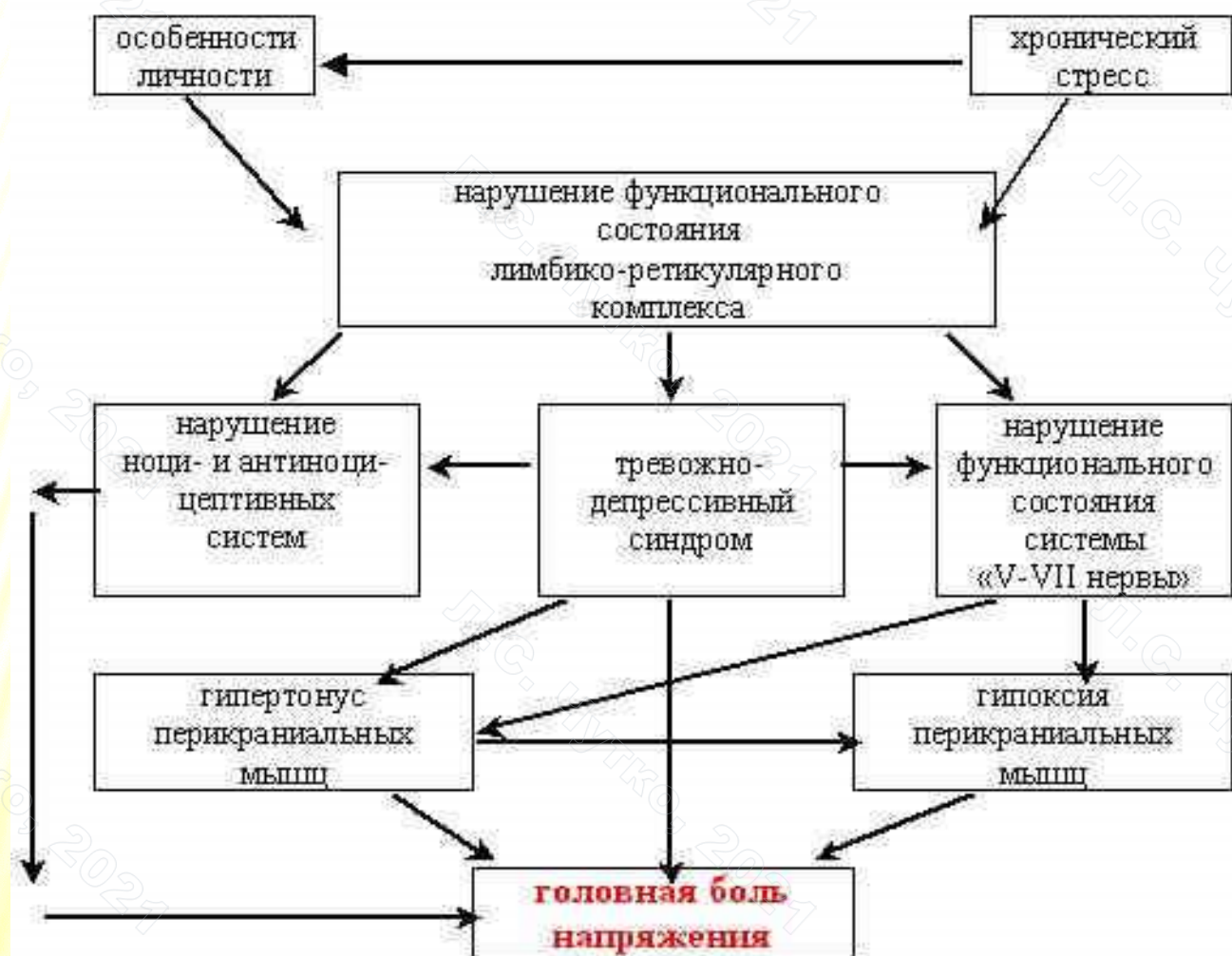


Схема 2

ПАТОГЕНЕЗ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ

(Страчунская Е.Я., 1996)



ВИДЫ ГБН (МКГБ, ВЕРСИЯ 3 БЕТА, 2013)

- **Нечастая эпизодическая ГБН** (< 1 раза в месяц или 12 раз в год) (не менее 10 приступов)
- **Частая эпизодическая ГБН** (> 1 и < 15 дней в месяц или > 12 и < 180 дней в год) при длительности заболевания не менее 3 месяцев
- **Хроническая ГБН** > 15 дней в месяц или > 180 дней в год при длительности заболевания не менее 3 месяцев
- **Возможная ГБН**

ОСОБЕННОСТИ ГБН У ДЕТЕЙ

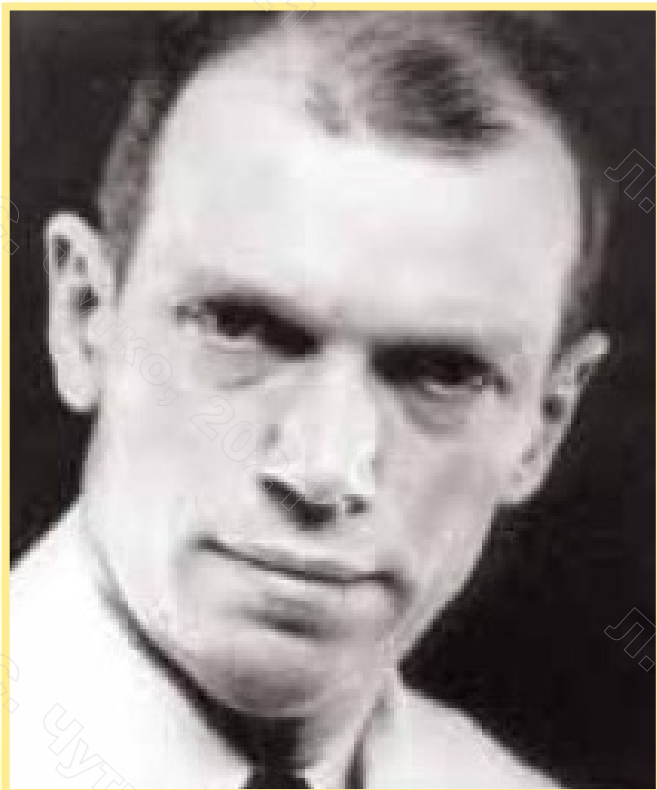
- Сопровождающие симптомы (тошнота, светобоязнь и звукобоязнь) чаще, чем у взрослых (Рачин А.П., 2002)
- Школьные боли (Боконжич Р., 1984)
- По сравнению с взрослыми — редко хронические боли (в том числе ежедневные)

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ГБН

Friedman (1961) — тесная связь с временным эмоциональным конфликтом, который осознан только частично

Р. Боконжич (1984) — подавленное чувство обиды, негативизма по отношению к родителям, что проявляется ощущением вины, стыда, чувства брошенности, реализующихся в головной боли

Н. WOLFF (1963)



Сенситивная,
обязательная личность,
постоянно находящаяся
в психическом
напряжении

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ГБН У ДЕТЕЙ

- Школьная дезадаптация
- Семейная дезадаптация

По сравнению с взрослыми:

- Меньшая роль депрессивных расстройств
- Значительно реже — трансформированная мигрень, абзусные боли

СЕМЬИ ДЕТЕЙ С ГБН (И.Г. ИЗМАЙЛОВА 2012)

38% детей с эпизодической ГБН и 74,3% с хронической ГБН воспитывались в «болевых семьях», в которых близкие родственники (чаще матери) страдали постоянной цефалгией

ЦЕФАЛГИИ У МАТЕРЕЙ В ИССЛЕДУЕМОЙ ГРУППЕ

- Головные боли — 41 (78,8%)
- ГБН — 30 (57,6%) (ЧГБН — 50,0%, ХГБН — 50,0%)
- Мигрень — 16 (30,8%)
- Цервикокраниалгии — 11 (21,2%)

ЛОКАЛИЗАЦИЯ ГОЛОВНОЙ БОЛИ (В. РАЙХ, А. ЛОУЭН)

- Боль, охватывающая голову со всех сторон — общее напряжение
- Лобная область — проблемы выбора, принятия решений
- Теменная область — кризис самоидентичности
- Височная область — невысказанные аргументы самооправдания («головные боли возражения»)
- Затылок — проблемы ответственности, страх наказания



ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

- Небензодиазепиновые анксиолитики
- Антидепрессанты
- Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС)
- Нейропротекторные средства

ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (HILLER W., RIEF W., 1999)

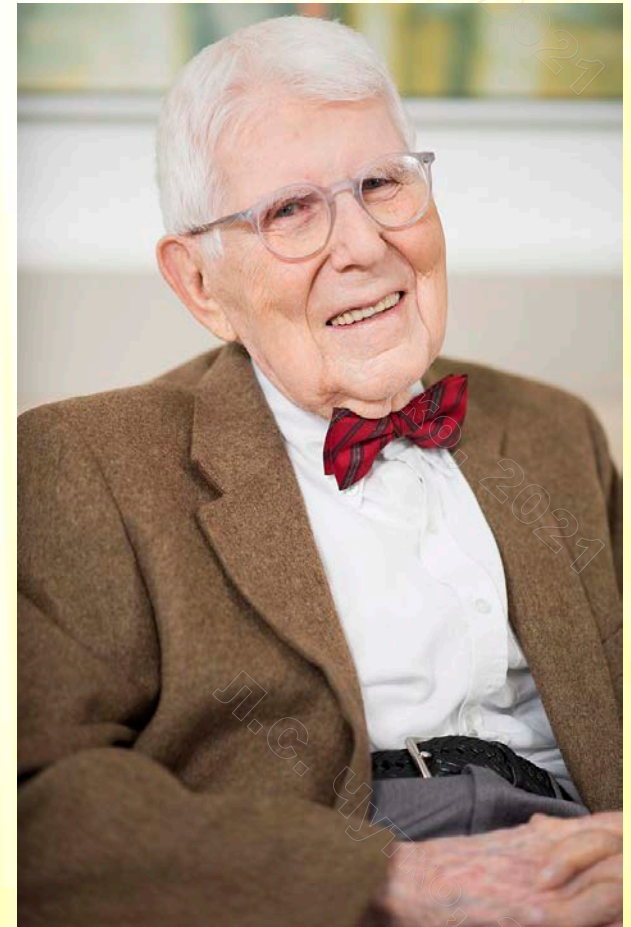
1. Выработка психосоматического понимания заболевания — объяснить взаимосвязь между психическими и физическими процессами
2. Обсуждение страха болезни
3. Редуцирование соматических мероприятий до допустимого уровня
4. Устранение щадящего и избегающего поведения

КОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ (А.БЕК, 1921 г.р.)

Схема взаимодействия
окружения и индивида

S – O – R

1. Стимул
2. Промежуточная переменная
(когнитивная переработка
воспринятого)
3. Реакция



ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ СФР (HILLER W., RIEF W., 1999)

1. Выработка психосоматического понимания заболевания — объяснить взаимосвязь между психическими и физическими процессами.
2. Устранение убежденности в наличии страшного заболевания — обсуждение страха болезни.
3. Редуцирование соматических мероприятий до допустимого уровня.
4. Устранение щадящего и избегающего поведения.
5. Улучшение качества жизни — стимулирование социальных контактов, хобби и т.д.

ПСИХОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЦЕФАЛГИЙ

- Рациональная психотерапия
- Когнитивно-поведенческая психотерапия
- Аутогенная тренировка
- Гипнотерапия
- Телесно-ориентированная терапия

ИРРАЦИОНАЛЬНЫЕ УБЕЖДЕНИЯ

- «Мне никогда не станет лучше»
- «Я больше не могу терпеть эту боль»
- «Я неудачник, так как испытываю боль»

ПОЧЕМУ ПАЦИЕНТЫ ОСТАЮТСЯ НЕУДОВЛЕТВОРЕННЫМИ?

(Н.М.С. WARWICK, 1995)

1. Пациенты, как правило, прошли многочисленные медицинские обследования, целью которых было объяснить, чем проблема не является (исключающая или негативная диагностика). Объяснения существующим нарушениям находились редко
2. Пациенты с СФР после обследования часто предпринимают избирательную интерпретацию высказываний врача, а также их (мнимых) скрытых смыслов
3. Пациенты зачастую, на основе прошлого негативного опыта общения с медицинскими работниками, уходят от врача с ощущением, что их заподозрили в симуляции и они уже всем в тягость. Поэтому многие пациенты начинают лечение с негативными ожиданиями и чувствительно реагируют на ситуации, в которых ощущают недостаточно серьезное отношение к ним. По этой причине врач должен дать понять пациенту, что верит в его болезнь

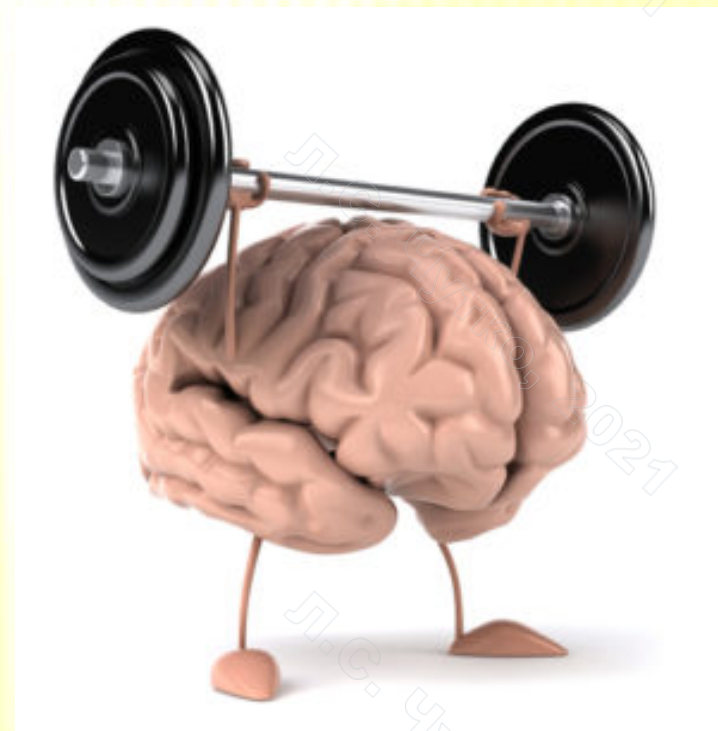
ВИЗУАЛИЗАЦИЯ БОЛИ



«КОВЕР-САМОЛЕТ»

- Представь себе, ты видишь ковер, расстеленный на земле
- Он окрашен в твой любимый цвет, он мягкий и удобный
- Ты можешь сесть или лечь на него
- Представь, что это — волшебный ковер-самолет, а ты — его пилот
- Ты управляешь его движением. Ты можешь летать очень низко, чуть выше травы, или высоко, — выше деревьев, если тебе так хочется. Все время полета ты чувствуешь себя очень удобно
- Ты можешь найти удобное место для посадки и приземлиться туда на своем ковре-самолете. Когда ты приземлишься, дай мне знать об этом, подняв один палец

ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКАЯ БИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ (NEUROFEEDBACK)

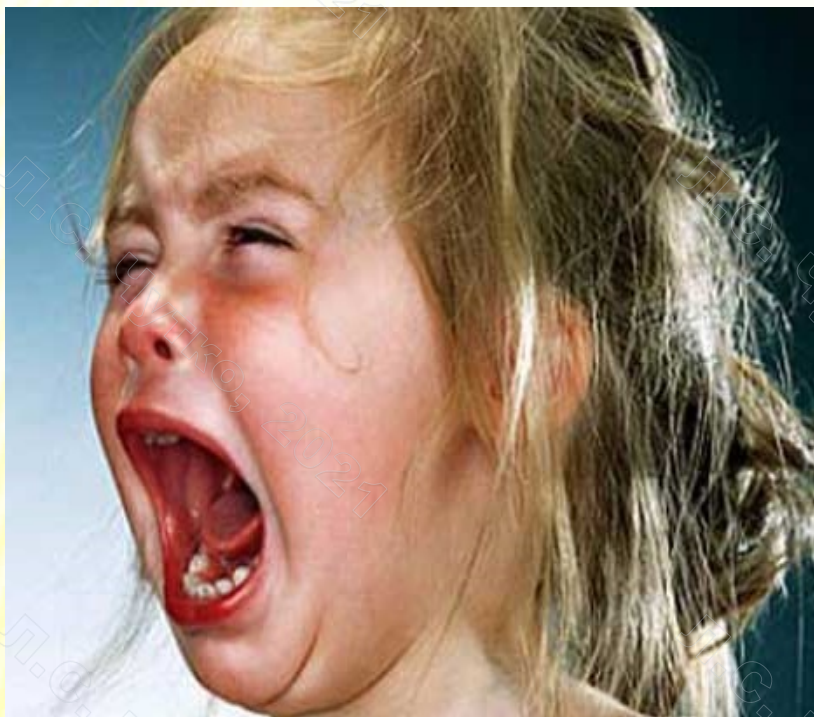


АГНИЯ БАРТО:



«Если ребенок нервный,
надо прежде всего лечить
его родителей».

ДИАДНЫЙ ПОДХОД



Культура здоровья

Информационно-просветительский проект

Г. ОСТЕР

Если ты попал в больницу
И не хочешь там валяться,
Жди, когда к тебе в палату
Самый главный врач придет.
Укуси его — и сразу
Кончится твоё лечение,
В тот же вечер из больницы
Заберут тебя домой.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ

Центр поведенческой неврологии
Института мозга человека (Санкт-Петербург)
(812)-670-09-61, +7-911-225-63-01

www.spbnevrolog.ru

https://www.instagram.com/leonid_chutko

