

М.В. Хайтович, д.м.н., професор, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

## Психосоматичний підхід у педіатрії: історія і сучасність

**Психосоматичний розлад (від грец. *psyche* – душа і *soma* – тіло) – це порушення функцій внутрішніх органів і систем, виникнення і розвиток яких переважно пов'язані з нервово-психічними чинниками, переживанням гострої або хронічної психологічної травми, специфічними особливостями емоційного реагування особистості. Відомо, що будь-яке емоційне збудження обов'язково містить неспецифічний (вегетативна реакція) і специфічний (інтерпретація індивідом вегетативних зрушень і ситуації, що склалася в цілому) компоненти. Автором терміна «психосоматичний» вважають німецького лікаря R. Heinroth, який у 1818 р. написав: «Причини безсоння зазвичай психосоматичні».**



М.В. Хайтович

Психосоматичні розлади надзвичайно поширені серед дітей та підлітків. За даними Д.М. Ісаєва, їх діагностують у 40-68% дітей, які звернулися за допомогою до педіатрів [1]. Найхарактернішим проявом психосоматичних порушень є психовегетативний синдром – пристосувальна реакція, за якої емоція виступає сигналом до дії, а вегетативні зміни забезпечують що дію енергетично. Клінічно психовегетативний синдром проявляється психічними та вегетативними симптомами. Як правило, у хворого спостерігаються кардіоваскулярні, дихальні, гастроінтестинальні та інші розлади. Найчастіше виникають больові психовегетативні зміни. Так, тримісячне спостереження за 14 836 дітьми віком 3-17 років, проведене в Німеччині, показало, що у 71% обстежених реєстрували біль, у 47% – рецидивний біль, у 55% – біль, локалізований у декількох ділянках тіла, у 27% – рецидивний мультилокальний біль. Найчастіше виявляли головний та абдомінальний біль (відповідно у 44,2 і 40,8% пацієнтів), їх рецидивний (22,8 і 20,3%) і хронічний перебіг (19,6 і 14,7%) [2]. Як продемонстрували наші дослідження, проявом психовегетативних порушень практично у всіх хворих є больовий синдром. Так, 94,7% пацієнтів з вегетативною дисфункцією скаржаться на головний біль, 73,3% – на біль у ділянці серця, 63,1% – на біль у ділянці живота [3]. Особливо поширені цефалічні порушення. За результатами дослідження, проведеного 1962 року за участю 9 тис. школярів Швеції, виявлено, що у віці 6 років 39% дітей страждають на головний біль, а у 15-річних підлітків цей показник досягає 70% [4]. У Тайвані близько 85% дітей віком 13-15 років відмічають головний біль [5]. Німецькі дослідники встановили, що 51% дітей віком 7 років і 57-82% підлітків віком 15 років скаржаться на періодичний головний біль [6].

За даними обстеження 854 дітей віком 3-5 років, проведеного в м. Шанхаї (Китай), у 20,4% (28,1% хлопчиків і 12,4% дівчаток) виявляють поведінкові проблеми (переважно пов'язані з навчанням та психосоматичні) [7].

Парадокс у вивченні психосоматичної проблеми полягає в тому, що знання про неї існують дуже давно, а концептуального характеру ці ідеї почали набувати порівняно недавно.

Психосоматичну парадигму по-різному розглядали філософи давнини. Так, Платон стверджував, що дух панує над тілом, яке є лише виконавцем бажань та ідей духу. Гіппократ, навпаки, вважав психічні процеси не більше ніж вторинним патологічним явищем (епіфеноменом), незначним відображенням тілесних процесів, які самі по собі підпорядковуються універсальним фізичним законам.

М.І. Сеченов говорив: «Будь-який стрес має закінчуватися руховою реакцією. Якщо людина стримує її, то ця реакція переадресується з м'язів на внутрішні органи і виходить через зміни функцій внутрішніх органів».

К. Юнг вважав, що настане час, коли «проріють тунель, який з'єднає психічне і соматичне».

В основі психоаналітичної теорії З. Фрейда лежить ідея внутрішньоособистісного конфлікту (закладеного в дитинстві) і наявності у психіці двох однакових за силою мотивів, але протилежних за спрямованістю. Незвичайна фізіологічна реакція на емоційне напруження, яке з тієї чи іншої причини було неприйнятним або нестерпним і внаслідок цього виключалося (витіснялося) із свідомої сфери, проявляється порушенням з боку певного органа. Тобто виникнення психосоматичного захворювання можна пояснити тим, що витіснена емоція виявляється через розлад функцій органа.

Неофрейдисти (Г. Салліван, Е. Фромм, К. Хорні) розглядали психосоматичну патологію як результат порушення біологічних і соціальних механізмів адаптації [8].

Розвитку психосоматичного вчення суттєво сприяли результати досліджень фізіологічного ефекту гніву і страху американського фізіолога Уолтера Кеннона (1871-1945), які продемонстрували, що емоційні стани активізують фізіологічні функції, покликані підготувати організм до тієї ситуації, про яку сигналізує емоція. Страх і гнів стимулюють кору надниркових залоз, унаслідок чого адреналін активізує вуглеводний обмін таким чином, що починає посилено виділятися цукор для підтримки енергії. «Артеріальний тиск і циркуляція крові змінюються так, щоб кров краще надходила до тих органів, на які, можливо, чекає боротьба». Одночасно асиміляційні і резервні функції, такі як травлення або засвоєння, пригнічуються: організм, який має напружити всі свої сили, щоб впоратися з надзвичайною ситуацією, що включає страх чи гнів, не може собі дозволити «розкіш» перетравлювати або засвоювати їжу.

Леопольд Алкан у своїх роботах підкреслював, що емоції можуть провокувати тривалі скорочення і спазми порожнистих органів, змінюючи таким чином кровообіг і, зрештою, призводячи до атрофії. Він зазначав, що спазми здатні спричинити розширення стравоходу або гіпертрофію лівого шлуночка серця з есенціальною гіпертензією. Емоційна стимуляція ендокринних залоз може викликати переродження тканини, як це відбувається при тиреотоксикозі, зумовленому психологічними факторами.

Карл Фаренкамп продемонстрував вплив емоцій на нестійкість артеріального тиску і переконливо показав психогенне походження есенціальної гіпертензії.

Гроддек вважав, що підсвідомість («Вонно») є формулюючим принципом усіх нормальних і патологічних процесів організму, відповідно органічні захворювання в підсумку мають психічну природу, бо вони є вираженням конфліктів підсвідомого.

Франц Александер (1891-1964) описав три основні складові в розвитку психосоматичного захворювання:

1) особистісну диспозицію («психодинамічна конфігурація з відповідними процесами психологічного захисту»), яка закладається з дитинства;

2) провокуючу емоційну життєву ситуацію, коли переживання і події передують

виникненню хвороби, оживляючи центральний несвідомий конфлікт;

3) певну конституцію – «соматична вразливість» або «неповноцінність органа» (фактор Х»).

Александр великого значення надавав «вегетативному супроводу» емоцій у розвитку патології органа. Він підкреслював: якщо емоція не відреагувала в діях або в символічній формі (конверсія), це призводить до хронічних вегетативних порушень і, зрештою, до деструкції органа [8].

Американський лікар Ф. Данбар (1943) у результаті безпосередніх клінічних спостережень визначила у 80% людей, які перенесли повторні нещасні випадки, характерний особистісний профіль, тобто описала «особистість, схильну до нещастя». У подальшому вона схарактеризувала «коронарну особистість», «виразкову особистість», «артритичну особистість» тощо, вважаючи, що особистісні профілі мають важливе діагностичне, прогностичне і терапевтичне значення.

М. Шур (1955) зазначав, що зазвичай психічний і соматичний елементи в реакціях невід'ємно пов'язані у дітей раннього віку, з дорослішанням соматичних форм реагування стає менше і дитина виявляє все більш усвідомлені, когнітивні форми опрацювання стресових ситуацій («десоматизація»). У випадку «слабкості» і нестабільності «Я» при активізації несвідомих конфліктів може настати регрес на інфантильно-соматичні, фізіологічні форми реагування («ресоматизація»). Із цих позицій психосоматична реакція є кроком назад, до первісного рівня, на якому психічні і соматичні компоненти ще реагували як єдине ціле, соматично розряджаючи напруження.

А. Фрейд вважала, що психосоматичні реакції, емоційні за походженням і фізичні за своїми проявами, є нормальними для першого року життя, патологічними – у разі збереження в подальшому, коли вже є інші шляхи розрядки: через думку, мову й дії.

Згідно з кортиковісцеральною гіпотезою (Биков К.М., Курцин І.Т., 1960) психосоматичні захворювання пов'язані з первинним порушенням кіркових механізмів управління внутрішніми органами, зумовленими перенапруженням процесів збудження і гальмування в корі мозку.

Відповідно до концепції алекситимії (від грец. *α* – відсутність, *lexis* – слово, *thymos* – емоції), запропонованої П.Ф. Сіфнеус (1972), в основі психосоматичних захворювань лежить обмежена здатність індивіда до сприйняття власних почуттів і емоцій, їх адекватної вербалізації та експресивної передачі. Джерела алекситимії автори вбачають в дисфункціональних стереотипах взаємовідносин у сім'ях, у яких не схвалюється вільна експресія почуттів. Труднощі в реагуванні можуть бути зумовлені також недостатньою здатністю до усвідомлення емоцій і їх словесного вираження.

Згідно з теорією життєвих подій (Холмс, Рейх, 1967) стресова травматизуюча ситуація ставить перед людиною проблеми, з якими

вона самостійно на належному рівні впоратися не може. При цьому має значення частота і тяжкість пережитих подій. Автори розробили спеціальну шкалу для визначення рівня вираження стресу в повсякденному житті. Шкала містить низку життєвих подій, стресогенний вплив яких оцінюють у балах. Протягом одного року в людини в підсумку набирається таких подій у середньому на 150 балів. Якщо їх кількість зростає більше ніж удвічі (300 балів), то ймовірність захворювання в такій людині сягає 80%. Якщо стресогенність подій у сумі становить від 300 до 200 балів, то ризик хвороби досягає 50%, а при сумі балів від 200 до 150 ризик фізичної реакції на стрес становить 30%.

Обстеження 2588 дітей 10-18-річного віку, проведене у Швеції у 2002-2003 роках, дозволило виявити такі шкільні стресори, пов'язані із психосоматичними розладами, як образа на однокласників, тиск шкільного навантаження, погані оцінки [9].

Нейрофізіологічні передумови психосоматичних розладів: надзвичайно актуальні переживання фіксуються, утворюючи домінують, яка є функціональним осередком психічної патологічної імпульсації. Негативні емоції вісцерального походження, таким чином, ніби підкріплюються особистісними реакціями хворих на той чи інший симптом або стан організму в цілому.

Центром емоцій, мотивації і пам'яті, як відомо, є лімбічна система. Гіпоталамус, що входить до її складу, відповідає за регуляцію вегетативної нервової системи й ендокринної ланки, у ньому знаходяться центри агресії, центри харчової та статевий поведінки. Отже, лімбічна система – це вища інтегративна структура центральної нервової системи, основною функцією якої є узгодження емоційної реакції з її нейровегетативним та нейроендокринним забезпеченням. Крім того, лімбічна система – це ще й центр пам'яті. Довготривала пам'ять – емоційна пам'ять. Чим яскравіші емоції, тим більша вірогідність активації сліду пам'яті в майбутньому.

Пережитий людиною стресовий стан закріплюється в довготривалій пам'яті. Сформований осередок патологічної імпульсації обростає нейрогуморальними зв'язками з тими чи іншими системами організму. На основі механізмів реверберації збудження і довготривалої постсинаптичної потенціації пережитий стан паніки, страху зберігається у вигляді «сліду пам'яті» (енграм). Стійке карбування слідів спостерігається навіть після одноразового психофізіологічного стану, який виник унаслідок психогенного або соматогенного впливу, з тих чи інших причин екстремального для індивіда. Центром психосоматичного страждання завжди є орган, найбільш уразливий і з точки зору індивіда найбільш важливий для життєдіяльності організму. Наприклад, панічні атаки з відчуттям серцебиття, задишки і страху смерті виникають при збудженні у підлітка, у якого в минулому був напад пароксизмальної тахікардії.

Основним чинником, що зумовлює локалізацію психосоматичних розладів, стає страх смерті, пережитий хоча б раз у житті у зв'язку з яким-небудь захворюванням.

Відомо про спадкову схильність до психосоматичних розладів. У сімейному анамнезі 60-80% дітей, які страждають на психосоматичні порушення, є дані про родичів із такими самими захворюваннями.

Серед рис темпераменту пацієнтів із психосоматичною патологією відмічають низький поріг чутливості та високу інтенсивність реакцій на зовнішні подразники, труднощі адаптації до нових вражень з переважанням негативних емоцій. Діти із психосоматичними розладами частіше замкнені, стримані, недовірливі, тривожні, сенситивні, схильні до легкого виникнення фрустрації, переважання негативних емоцій над позитивними, виявляють невисокий рівень інтелектуального функціонування в поєднанні з вираженою нормативністю (гіперсоціальність) і установкою на досягнення високих результатів. Глибина усвідомлення стресових подій, а також особистісні особливості, від яких вона залежить, визначають, стане подія стресовою для конкретної особистості, чи ні.

Несприятливі сімейні та інші соціальні фактори впливають на ймовірність розвитку патології. У дитини настільки тісний зв'язок

з батьками, що практично всі важливі негативні зміни в їхньому житті ставлять її на межі ризику виникнення захворювань. Тобто, психосоматичні розлади у дитини часто є проявом «неблагополучної родини» і сімейної дезорганізації [1]. Усі зміни родинних взаємин, які перешкоджають розвитку індивідуальності дитини і не дозволяють їй відкрито виявляти свої емоції, роблять її вразливою до емоційних стресів. Особливо чутливими до порушень відносин у сім'ї є діти раннього віку. Порушені внутрішньородинні стосунки в ранньому віці, особливо між матір'ю і дитиною, збільшують ризик розвитку психосоматичної патології. На розлади контакту з матір'ю діти можуть реагувати захворюваннями і порушеннями розвитку, тоді як міцна соціальна підтримка позитивно впливає на резистентність до захворювань.

Чутливість до стресових факторів у дітей різна і залежить від їх психологічної значущості. При цьому діти різного віку неоднаково ставляться до таких змін в житті, як відрив від сім'ї, неприйняття дитячим колективом, конфлікт із вихователем тощо.

Задовго до виникнення явних психосоматичних розладів у дітей можуть спостерігатися окремі ознаки стійкого, але часто неявного емоційного напруження. Старші діти суб'єктивно сприймають його як неспокій,

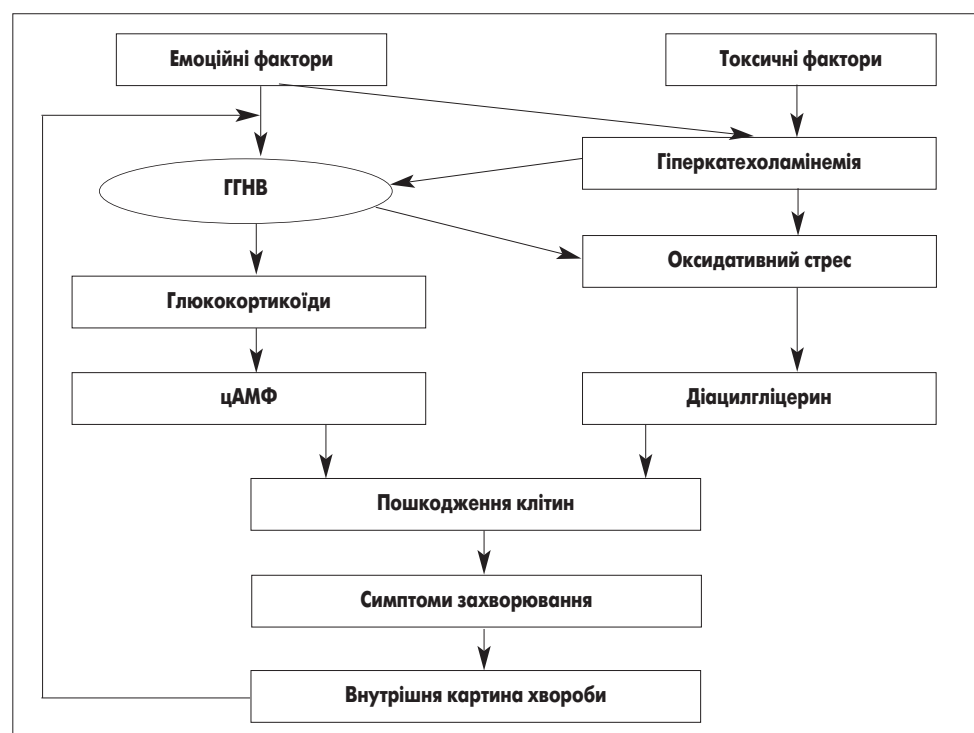


Рис. Патогенез психосоматичного розладу  
ГГНВ – гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь.

душевний дискомфорт. У молодших дітей можна виявити порушення настрою різного ступеня вираження і стійкості, метушливість, непосидючість і рухове занепокоєння.

Поряд із психічними ознаками тривожності найчастіше у дітей з низьким емоційним напруженням спостерігають і прояви, які умовно можна позначити як передневротичні, вегетодисфункціональні й соматичні [1].

Передневротичні прояви супроводжуються порушенням сну, тиками, патологічними звичками, безпричинним плачем. Вегетативна дисфункція маніфестує запамороченням, головним болем, серцебиттям, задишкою, непритомністю, повторними болями у животі, гіперемією шкіри при хвилюванні, відрижкою повітрям. Соматичні прояви включають спрагу, булімію, блювання після їди, ожиріння, непереносимість окремих продуктів харчування, субфебрилітет неясного походження, епізодичний шкірний свербіж, періодичний шкірний висип. Сукупність таких проявів, пов'язаних із постійним емоційним напруженням, – цінна діагностична ознака, що дозволяє виявити передхворобливий стан у дітей з високим ризиком розвитку психосоматичних розладів.

У разі недостатності анамнестичних даних і для доповнення клінічного дослідження дитини з метою визначення ступеня ризику виникнення психосоматичного порушення використовують психологічні методики, здатні виявити тривожну напруженість та алекситимічність обстежуваного. Це можуть бути особистісні опитувальники Айзенка, Кеттелла; шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера; тест вибору кольору Люшера; Торонтська алекситимічна шкала, метод незакінчених речень; дитячий і тематичний апперцептивний тести, опитувальники дитячої тривожності Рейнольдса, Клінедінста; малюнок сім'ї тощо. Також досліджують стан вегетативної нервової системи, якість життя.

Психосоматичні реакції (головний біль, розлади сну, енурез, блювання і т.д.) зазвичай короточасні. Вони спостерігаються безпосередньо після переживання дітьми неприємних або небезпечних ситуацій: нападу собаки, перебування на самоті, екзаменаційної обстановки тощо. Функціональні психосоматичні порушення пов'язані з більш значущими для особистості дитини чи підлітка однократними несприятливими обставинами або з повторюваними життєвими труднощами. Вони не супроводжуються пошкодженням структури органів та систем, і їх прояви різноманітні. Це можуть бути

розлади діяльності шлунково-кишкового тракту (анорексія, шлункові спазми, проноси, запори), серцево-судинної системи (кардіалгія, серцева дизритмія, артеріальна гіпер- або гіпотензія), органів дихання (диспное, апное, «невротичний» кашель) тощо. Психосоматичні порушення з органічною маніфестацією проявляються, наприклад, у формі ендокринних захворювань психогенного походження.

Якщо емоційний стрес від невирішених конфліктів зберігається, у пацієнта неминучим буде рецидив захворювання, тому психосоматичний підхід включає аналіз шкідливих психосоціальних чинників, що беруть участь у розвитку патології у дитини. Психосоматичний підхід також охоплює проблеми внутрішньої картини хвороби, виявлення конверсійних, соматогенних, соматизованих психічних та іпохондричних розладів, симуляцію тощо.

У наш час психосоматичний метод під час загострення хвороби передбачає застосування медикаментозної терапії, хірургічного втручання тощо, потім фокус уваги має переміститися на реабілітацію, яка включає в тому числі і психотерапію для корекції реакції особистості пацієнта на хронічні емоційні стреси. Отже, психологічне обстеження і психотерапія є основними складовими ефективною професійною діяльністю лікаря при курації дітей із хронічними соматичними захворюваннями.

#### Література

- Исаев Д.Н. Психосоматический подход и модель психосоматических расстройств у детей и подростков. <http://www.narcom.ru/cabinet/online/78.html>.
- Du Y., Knopf H., Zhuang W., Ellert U. Pain perceived in a national community sample of German children and adolescents. *Eur J Pain*. 2010 Dec 20.
- Хайтович М.В. Мітохондріальна недостатність у дітей: діагностика та лікування. Дис. ... доктора медичних наук. – К., 2006. – 357 с.
- Bille B.S. Migraine in school children. A study of the incidence and short-term prognosis, and a clinical, psychological and electroencephalographic comparison between children with migraine and matched controls. *Acta Paediatr Suppl*. May 1962;136: 1-151.
- Lu S.R., Fuh J.L., Juang K.D., Wang S.J. A student population-based study in Taiwan. *Cephalgia*. 2000; 20: 479-485.
- Fendrich K., Venneman M., Pfaffenrath V. et al. Headache prevalence among adolescents. The German DMKG headache study. *Cephalgia*. 2007; 27: 347-354.
- Guo R., Mao D.A., Li J.M. et al. Investigation on the behavior problems of children aged 3 to 5 years in Changsha and comparison of the norm of Conners Parent Symptom Questionnaire in Chinese and American urban children. *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi*. 2011 Nov; 13 (11): 900-3.
- Александр Ф., Селесник Ш. Людина та її душа: пізнання і лікування від давнини і до наших днів. – М.: Прогрес-культура, 1995. – 604 с.
- Hjern A., Alfvén G., Ostberg V. School stressors, psychological complaints and psychosomatic pain. *Acta Paediatr*. 2008 Jan; 97(1): 112-7.
- Хайтович М.В., Майданник В.Г., Ковальова О.А. Психотерапія в педіатрії. – К.: Видавництво «Аспект-Поліграф», 2003. – 216 с.

Таблиця. Шкала соціальної адаптації Холмса і Рейха		
№ з/п	Життєві події	Стрес (бали)
1.	Смерть дружини, чоловіка, дитини (матері, батька)	100
2.	Розлучення	73
3.	Розрив (розлучення) з партнером	65
4.	Смерть близького члена сім'ї	63
5.	Значне пошкодження або хвороба	53
6.	Весілля	50
7.	Звільнення з роботи	47
8.	Вихід на пенсію	45
9.	Примирення з партнером (партнеркою), чоловіком (дружиною)	45
10.	Значна зміна в стані здоров'я чи поведінці членів сім'ї	44
11.	Вагітність (для чоловіків – вагітність партнерки)	40
12.	Сексуальні труднощі	39
13.	Народження дитини	39
14.	Зміна фінансового стану	38
15.	Смерть близького друга	37
16.	Зміна місця роботи	36
17.	Збільшення кількості подружніх (партнерських) сварок	35
18.	Зростаючі борги	30
19.	Значна зміна в обов'язках на роботі (підвищення, зниження, горизонтальне переведення)	29
20.	Від'їзд сина чи дочки з дому (весілля, вступ до навчального закладу)	29
21.	Конфлікти з батьками чоловіка або дружини (сварки з батьками або іншими членами сім'ї)	29
22.	Значний особистий успіх	28
23.	Закінчення школи і/або вступ до інституту (коледжу)	26
24.	Звільнення з роботи (чоловіка, дружини)	26
25.	Зміна житлових умов	25
26.	Перегляд власних звичок (одягу, манери, знайомства)	24
27.	Конфлікти з начальством (викладачем)	23
28.	Зміна умов роботи або робочого часу	20
29.	Зміна місця проживання	20
30.	Іспити, заліки, кваліфікаційна атестація	20
31.	Зміна звичного місця відпочинку	19
32.	Значна зміна типу й кількості розваг	19
33.	Значні зміни у громадській діяльності	18
34.	Зміни у відносинах з оточуючими (друзями, колегами тощо)	18
35.	Порушення сну	18
36.	Зміна характеру і частоти зустрічей з іншими членами сім'ї або близькими родичами	15
37.	Зміна звичного режиму харчування і кількості споживаної їжі	15
38.	Відпустка	13
39.	Штраф за порушення правил вуличного руху	12
40.	Стресори, не внесені до цієї шкали (смерть улюбленої тварини, аборт, крадіжка, втрата улюбленої речі тощо)	10