

О.П. Мостовая, к.м.н., Вінницький національний медичний університет ім. Н.І. Пирогова

Переписывая детскую психиатрию

Детская психиатрия – это особая область медицины. В ней причудливым образом переплетаются формальные знания и жизненные обстоятельства, психология и психиатрия. Классификацией расстройств из сферы детской психиатрии трудно пользоваться однозначно. Как родители могут связать энурез у ребенка с необходимостью обратиться к психиатру, а не к урологу, заикание – к психиатру, а не к логопеду, страх отвечать на уроках – к психиатру, а не к педагогу?

Маршрут пациента в детской психиатрии выглядит следующим образом: родители что-то беспокоит в состоянии, развитии и поведении ребенка, и они обращаются за помощью к разным людям. Как правило, это психологи, педиатры, детские неврологи, знахари. Чаще всего после множества неудачных попыток родители обращаются к детскому психиатру. Чем же вооружен детский психиатр?

1. Законом о психиатрической помощи, который требует согласия родителей на консультацию (согласие не требуется психологу, педиатру, детскому неврологу, знахарю).

2. Классификацией психических и поведенческих расстройств. Этой классификацией с таким же успехом может пользоваться любой грамотный человек. Она позволяет назвать симптомы и определить их в какую-либо рубрику, что очень удобно для статистики и способствует стигматизации, но особой помощи семье и ребенку не оказывает. Все, кто работают с психическими расстройствами у детей, знают, как трудно подвести проблему ребенка под конкретное название. Диагнозы «нарушение поведения», «энурез», «тики» мы легко можем поставить по одним жалобам, но для адекватного лечения в каждом конкретном случае следует ответить на вопросы: почему это состояние возникло у данного ребенка, в какой атмосфере он растет, и в ответ на что у него развилась патологическая реакция? Поэтому в отношении детей целесообразно ввести такую составляющую диагноза, которая описывала бы семейную атмосферу и состояние родителей.

3. Крайне скудным набором психотропных препаратов, которые изучены в клинических исследованиях и разрешены для применения в детском возрасте.

Большой опыт работы в детской психиатрии показывает, что применение психотропных препаратов у детей воспринимается родителями лишь тогда, когда состояние или поведение ребенка невыносимо. Это грубые антисоциальные нарушения поведения, психотические состояния, тяжелые конверсионные расстройства. Иногда это страх родителей перед проявлениями самостоятельности или агрессивным поведением в ответ на их действия.

Во всех случаях выбор препаратов очень ограничен. Среди антипсихотиков это только рисперидон, который не исследовали у детей в ходе специальных мультицентровых рандомизированных слепых плацебо-контролируемых исследований, но ввиду наличия множества статей о положительных результатах лечения он продолжает применяться.

Из антидепрессантов у детей исследовался ингибитор обратного захвата серотонина сертралин. Сертралином можно лечить депрессию и связанные с ней, но проявляющиеся другими симптомами и синдромами расстройства, например обсессивно-компульсивные или тревожные.

Также исследована довольно спорная и применяющаяся только у детей группа препаратов для лечения гиперактивности – психостимуляторы.

Хорошо изучены у детей и антиэпилептические препараты. Известны их побочные действия, опасные для детского организма. Однако их применение ограничено показаниями – для лечения эпилепсии и как стабилизаторы настроения для лечения биполярного аффективного расстройства, которое у детей изучено недостаточно. Остальные психотропные препараты с «типичными» механизмами действия, включая конвенциональные («старых» поколений), у детей специально не исследовали.

Еще одна большая и разноплановая группа – ноотропные средства. Механизм действия ноотропила, пирацетама, лувцетама и многих других представителей этой группы заключается в восстановлении эластичности мембраны клетки. Единственным состоянием, при котором доказаны положительные клинические эффекты этого механизма, является черепно-мозговая травма. Соответственно, эти препараты созданы для лечения ее последствий: восстановления процессов памяти, мышления, внимания, работоспособности. Детям, родители которых предъявляют жалобы на плохое внимание, память, мышление, работоспособность, или тем, у кого это исследовано объективно (при разных состояниях), ноотропные препараты назначают для улучшения памяти. К этой же категории в детской психиатрии стали относить сосудистые препараты (ницерголин, актовегин, винпоцетин). В инструкциях к ним также указаны эффекты улучшения памяти и процессов мышления, а иногда и поведения. Эти же эффекты отмечены в инструкциях к аминокислотным препаратам глицину и пиритинолу.

В арсенале детского психиатра присутствует и группа пептидных препаратов, таких как церебролизин, кортексин, цереброкурин. Все эти препараты назначают также детские неврологи, педиатры, а теперь уже и семейные врачи. Чем же должны заниматься детские психиатры?

Существует пять наиболее частых причин обращений родителей к детским психиатрам:

- невыносимое для родителей, опекунов или детского учреждения поведение ребенка (при этом перед визитом к психиатру ребенка долго им пугают);
- нарушение развития когнитивных функций;
- оформление «пенсии по болезни» (официально – социальной помощи ребенку-инвалиду с детства);
- необходимость оформить обучение на дому;
- оформление освобождения от экзаменов.

При этом большей части расстройств детского возраста родители, как правило, не придают значения. Таким образом, гиперактивность с дефицитом внимания, соматоформные расстройства, нарушения сна, отношений, аппетита

и другие распространенные и актуальные для дальнейшего развития личности состояния остаются за пределами обращения к специалисту.

Возникают следующие вопросы:

– Есть ли вообще у детей психиатрические расстройства или все нарушения психического развития можно разделить на неврологические (органические) и психологические (связанные с неблагоприятными отношениями с ребенком)?

– Насколько сопоставима психиатрия взрослых с детской?

– Если большинство расстройств у детей (тики, энурез, энкопрез, расстройства сна, головная боль, нарушения аппетита) берутся лечить врачи других специальностей: неврологи, педиатры, урологи, а также психологи и педагоги, в чем же состоит роль детского психиатра?

Кроме того, в детской психиатрии существует ряд проблем, в частности можно отметить следующие.

Отсутствие единства в среде детских психиатров. В мире сосуществуют «биологические» и «психологические» концепции детской психиатрии, в Украине – «советская» и «западная» школа.

Высокая степень сопротивления общества понятию «психиатрический диагноз» у детей, психотропным препаратам, назначаемым детям, участию в психологической работе родителей.

В конечном итоге трудностей, связанных с обращением к детскому психиатру, обычно больше, чем реальных результатов.

Рассмотрим положение дел на конкретных примерах.

Клинический случай 1.

Ребенок У., 5 лет. Не развита речь. Выражены нарушения поведения – бегают по кабинету, хватает предметы, бросает их на пол, ломает, вылезает на диван, прыгает, опрокидывает стулья и т.д. При этом почти постоянно кричит. Девочка родилась от супружеской пары, в которой отец старше матери на 20 лет. Отец выглядит ответственным, заботливым, но совершенно беспомощным перед поступками ребенка. Единственное, что дает кратковременный эффект, это когда отец в критической ситуации хватается за дочь и держит несколько минут, пока ей не удастся вырваться. При этом мама совершенно растеряна и расстроена, успевает выкрикнуть «не бегай», «сядь», на что ребенок не реагирует.

В анамнезе – никаких проблем при беременности и родах. Ребенок родился доношенным. Развивался хорошо. Нарушения начались после осложненной вакцинации в 1,5 года. После прививки поднялась температура до 40°, наблюдался судорожный приступ. После этого ребенок стал раздражительным, беспокойным, перестал произносить слова, которые уже знал.

В клинической картине можно выделить следующие синдромы:

- гиперактивность с дефицитом внимания;
- умственная отсталость;



О.П. Мостовая

- недоразвитие речи;
- ранний детский аутизм;
- возможно, эпилепсия со статусами абсансов;
- тревожное расстройство;
- задержка формирования навыков обучения.

На первом визите ребенку назначено всестороннее клиническое обследование: биохимический анализ крови, генетическая консультация, МРТ головного мозга, пролонгированная (ночная) электроэнцефалография (ЭЭГ), обследование на TORCH-инфекцию, патопсихологическое обследование, консультация логопеда. Смысл этих обследований состоит в выявлении органической или функциональной патологии ЦНС, аномалий развития мозга, последствий раннее перенесенных инфекций или травм, текущих нейроинфекций. Например, МРТ-исследование считается неврологическим и проводится по определенным показаниям, при наличии признаков двигательных и/или сенсорных нарушений. Нарушение развития какой-либо психической функции при наличии эпилептического припадка в анамнезе также является основанием для проведения томографии. Эпилептический припадок в анамнезе и нарушение развития речи требуют исключения синдрома Ландау-Клеффнера (эпилептическая активность в области речевых центров) и являются безусловным показанием для проведения ЭЭГ-мониторинга.

Конечно, эти исследования может назначить и не психиатр. Но психиатр должен знать, как исследовать и биологическую, и психологическую составляющие проблемы.

Наличие в синдромокомплексе у ребенка гиперактивности с дефицитом внимания или дефицита внимания с гиперактивностью отражает нарушение функционирования дофаминергической системы – ключевой для множества психиатрических расстройств (рис.).

Дофаминергическая система ЦНС человека имеет следующее предназначение: пути этой системы проводят импульсы из подкорковой области в кору головного мозга в отличие от животных, у которых импульсы из подкорковой области направляются в спинной мозг. У животных принцип решения внешних или внутренних проблем – «почувствовал – сделал»; у человека – «почувствовал – подумал – сделал».

Эта система правильно строится тогда, когда все звенья этой цепи созрели для связывания и ничем не повреждены, и если поведение взрослых, которые воспитывают ребенка, логично, последовательно и доставляет ребенку удовольствие.

Одним из важных компонентов дофаминергической системы является миндалина, которая «отвечает» за чувство

удовольствия. Без ее стимуляции чувство удовольствия «отрывается» от правил, которые хотят создать взрослые.

Дети с гиперактивностью — это дети с нарушением последовательного и логичного построения связи между бессознательной и сознательной (корковой) частью мозга. Зная это, в первую очередь мы предполагаем наличие недостаточно адекватного для ребенка контакта с родителями. Как измерить адекватность этого контакта? Для этого необходимо знание ранних теорий развития. Одна из ключевых в этом отношении — теория психосексуального развития З. Фрейда.

Суть того, что называется психосексуальным, заключается в понимании родителями психических возможностей на данном этапе развития ребенка и особенностей отношений, обусловленных полом ребенка и различиями в действиях матери и отца.

Девочка, состояние которой мы оцениваем, находится в периоде эдипального конфликта, то есть в отношении конкуренции с матерью за чувства отца. Оба родителя фрустрированы тем, что девочка неуспешна, плохо развивается. Мать беспомощно ведет себя, отец игнорирует дочь, хотя формально старается что-то сделать для нее. Оральный период, когда создается основа бессознательного контакта, в семье проходил с повышенным переживанием матери и отстраненностью отца (у которого это второй брак и есть взрослые дети). Анальная фаза, в которой формируется начало сепарации, ощущение ребенком своей ценности, контроль поведения, проходила в таком же смятенном и сумбурном состоянии родителей.

Проанализировав ожидания родителей, их оценку достижений ребенка и взаимодействия между собой, нами была выбрана дальнейшая тактика лечения. В результате ребенку назначен рisperидон в связи с высокими показателями по шкалам аутизма и нейропептид цереброкурин в связи с недоразвитием

обратившись к ней спокойно и ласково. Таким же образом мама стала расспрашивать ребенка в кабинете. У нее был набор знакомых картинок с изображением геометрических фигур, разного цвета предметов, приспособлений для счета. Благодаря привычным вещам, спокойствию и упорству матери, ребенок очень продвинулся в развитии речи, понимании, символизации, но пока не мог это воспроизвести с незнакомыми предметами и картинками.

Что помогло достичь улучшений у ребенка?

— Применение рisperидона, который влияет на дофаминергическую систему в области префронтальной коры.

— Изменение поведения матери, которая смогла выделять возможности ребенка, лучше контейнировать его поведение и способствовать продвижению.

— Применение нейропептида цереброкурин, после каждого курса лечения которым наблюдалось значительное улучшение речи и понимания.

Таким образом, мы получили результат от применения таких способов, как:

— психиатрический: рisperидон — атипичный нейролептик;

— психологический: обучение матери адекватному контакту с ребенком;

— неврологический: нейропептид цереброкурин.

Обращу внимание на термин «контейнировать» — снова теория раннего развития из арсенала теорий объектных отношений. Этот термин предложил У. Бион, он означает, что мать ведет себя как контейнер для всего, что происходит с ребенком, размышляет об этом, изучает его, соответственно и развивается ее поведение адекватно возможностям ребенка.

На последнем визите девочка уже не получала препаратов, и видно было, как хорошо взаимодействуют мать и дочь. Следующим этапом должно стать развитие треугольных отношений «мама — папа — ребенок».

тикозный эпизод произойдет во время записи. Это позволит исключить эпилепсию с фокальными приступами или апансами. Ориентируясь формально непосредственно на «подергивания», мы переходим к цели наших действий — устранить их. Как? При помощи препаратов. В соответствии с концепцией о том, что тикозное расстройство — это следствие повышенной возбудимости, применяются всевозможные седативные средства — от валерианы и других растительных комбинаций до транквилизаторов и «малых» нейролептиков, таких как тиоридазин. Если тикозное расстройство является результатом ослабленной мозговой деятельности, назначают ноотропные препараты пирacetам, глицин или их комбинации с седативными. Очень удобен и безопасен препарат ноофен. После начала лечения тик может прекратиться, но обычно через некоторое время он появляется вновь и выражен еще больше. Перечисленные препараты уже не помогают. Тогда ребенка могут направить к детскому психиатру. «Типичный» детский психиатр, имея доступ к нейролептикам, применит для лечения тика бутирофеноны (галоперидол) или более современный рisperидон. Напомню, что при упорном генерализованном тике или синдроме Туретта рекомендован пимозид, который в Украине не производится. Это лечение настолько неэффективно, что в докладе одного московского профессора-невролога — специалиста по тикозным расстройствам — прозвучала мысль о том, что дети с синдромом Туретта нередко становятся инвалидами и для них необходимо создавать особые кабинеты помощи.

А теперь сравним это с подходами, осуществляемыми «атипичными» детскими психиатрами.

Клинический случай 2.

Пациент Л., 12 лет. Родители обратились по поводу отрывки, которая спонтанно возникала в дневное время и препятствовала пребыванию ребенка в обществе. Отрывка появилась в середине лета после пищевого отравления, затем прекратилась и снова возникла за две недели до начала учебного года. В жизни мальчика были две стрессовые ситуации: напряженные отношения между родителями и сложные отношения с двумя мальчиками из класса.

Ситуация в семье: отец — резкий, жесткий, ригидный; мать — страдающая, беспомощная перед агрессивным поведением мужа. На момент обращения по поводу отрывки отец решил пожить отдельно, чтобы «жена сделала выводы», и жил где-то на съемной квартире, куда запрещено было появляться жене и сыну. Мальчик имел амбивалентные чувства к родителям. Он хотел, чтобы отец жил отдельно, и жалел его. С товарищами в классе он очень сдружился, но затем они стали вымогать у него деньги и шантажировать его.

До обращения в наш центр мальчик в течение месяца проходил обследование желудочно-кишечного тракта в соматической детской больнице. По словам родителей, врачи ничего патологического не обнаружили и сообщили, что это редчайший случай в практике и неизвестно, что с этим делать, но посоветовали применить клоназепам.

На фоне очень сильных сопротивлений и постоянно декларируемого недоверия родители прошли тестирование по опроснику SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire, Сильные стороны и трудности). Мальчик посетил пять сеансов психолога. На сеансах, которые имели диагностическое и лечебное значение, он всячески демонстрировал

пренебрежение, недоверие и насмешки над нашими действиями. В дополнение к громкой отрывке стали заметны тикозные движения глазных яблок. На следующей семейной консультации, которую мы проводили совместно с ребенком и родителями, развернулась сцена агрессивного, непримиримого нападения отца на нас и жену. При этом он более осторожно обращался с сыном. Эта осторожность была обусловлена напряжением и страхом, которые возникали при появлениях отрывки. Особенно разъярила отца реплика жены, что мальчику стало немного легче. При этом он невольно выдал свой способ «лечения», пообещав сыну, что выполнит любое его желание, если тот перестанет отрывать. Консультация была очень тяжелой. После нее мальчик пришел на сеанс с психологом и спросил: «Ну, видели моего отца?» При этом симптомы тикозного расстройства значительно облегчились. Мы продвигались с этим пациентом очень медленно, поскольку речь шла о реакции на семейную нестабильность. Но представьте последствия, если бы мы назначили ребенку галоперидол и не занимались семейной ситуацией.

Диагноз пациента — «тикозное расстройство». Для установления диагноза «синдром Туретта» не хватало такого критерия, как генерализованный моторный тик, но тяжесть вокального тика в сочетании с моторным приближает расстройство к синдрому Туретта. В этом случае лечебная тактика имеет свои особенности. Лечение состоит из системы психологических сеансов с ребенком и периодически включает семейное консультирование. Направление психологической работы — влияние на дофаминергическую систему путем проведения адекватных восприятию ребенка методик, влияющих на соединение аффектов и символического мышления, формирование более адекватной среды развития в семье. Это совершенно иной род деятельности, нежели прием в поликлинике по схеме «жалобы-осмотр-диагностика-лечение».

Исходя из нашего опыта, появление тикозного расстройства и синдрома Туретта (в том числе такого, который отличается от только моторного или только вокального тика лишь интенсивностью) — это защитная реакция на психологическое давление. По сути, обсессивное расстройство выглядит как «идеаторный тик».

Медикаментозное лечение тикозного расстройства мы применяем лишь тогда, когда не находим никакой возможности помочь семье в установлении благоприятного психологического климата или на начальном этапе лечения, когда тикозное расстройство косметически или практически мешает пациенту. Выраженное первоначальное влияние препарата на тикозные симптомы создает ложное впечатление у родителей, что болезнь отступает, и тогда их очень трудно мотивировать на серьезное психологическое вмешательство.

В данном случае необходимо только психологическое вмешательство, которое помогло бы установить другой баланс между авторитарным способом отца контактировать с сыном и формирующейся патологической защитой сына. При этом должна проводиться параллельная работа с мальчиком и семьей. В данном случае применяется аналитическая теория объектных отношений. О том, как формируются «волны» во внутреннем мире ребенка, которые отражают повреждения, нанесенные «торнадо», и почему они проявляются в виде тика, речь пойдет в следующей статье.

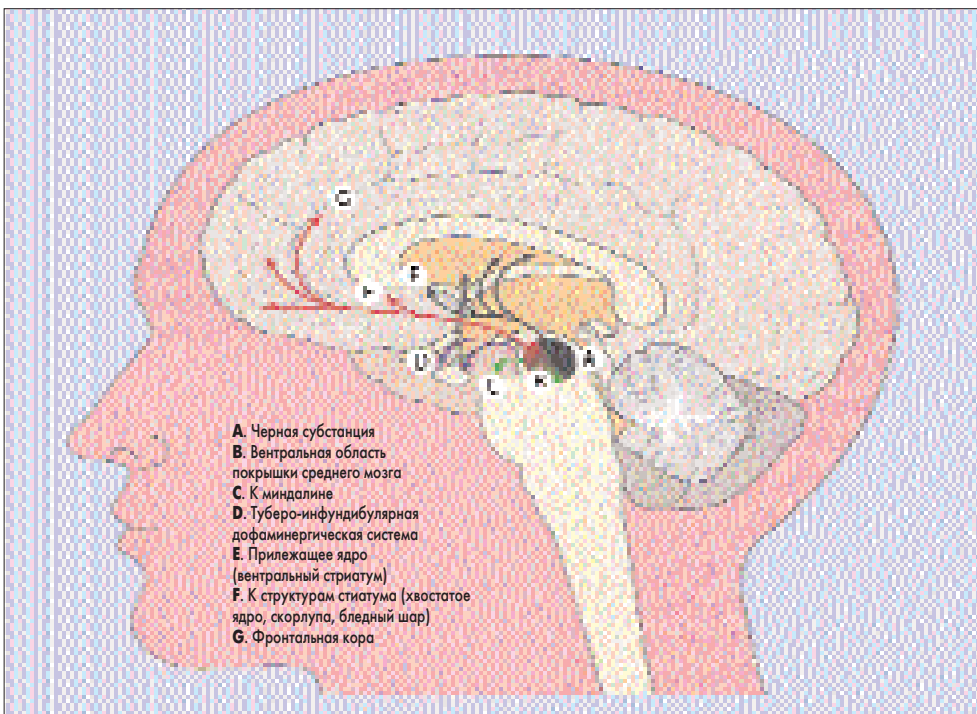


Рис. Первичные дофаминергические пути в головном мозге

речи. Также девочке необходимо принципиально важное для развития, осмысленное, грамотное поведение родителей. Расшифровка соотношения их действий и результатов в поведении и развитии ребенка — это и есть принципиально важная задача детского психиатра.

Через год поведение ребенка кардинально изменилось. Девочка могла соблюдать правила и инструкции. Хотя возник один эпизод из предыдущего состояния, когда пациентка стала вдруг беспокойной, сильно закричала перед входом в кабинет, но это быстро прекратилось. Мама смогла успокоить дочку,

Тикозное расстройство как один из противоречивых примеров работы детского психиатра

Согласно критериям МКБ-10 диагноз «тикозное расстройство», или «моторный тик», или «вокальный тик», или «синдром Туретта» ставится, если наблюдается генерализованный моторный и вокальный тик. Нужно ли для этого быть психиатром? В течение одной лекции о тике можно обучить любого человека ставить этот диагноз на основе визуального наблюдения. Опытные и осторожные специалисты проводят ЭЭГ-исследование. Идеально, если