

ные особенности, сила и подвижность нервных процессов, уровень ситуативной и личностной тревожности, самооценка и уровень притязаний, а также выбор стратегий преодоления стрессовых ситуаций.

Для сотрудников с низким уровнем стрессоустойчивости характерны повышенная тревожность, пессимизм, предпочтение неуспешных стратегий преодоления стрессовых состояний, склонность к неврастеническому типу реагирования, слабость и инертность нервных процессов по сравнению с более стрессоустойчивыми коллегами. Однако наличие позитивных личностных характеристик, в том числе адекватной самооценки с реалистическим уровнем притязаний, может способствовать эффективной психокоррекционной работе и являться важным фактором личностного развития. Учет выявленных различий необходим для определения ресурсов развития личности сотрудников полиции с недостаточным уровнем стрессоустойчивости, для своевременной психокоррекции и психопрофилактики.

Литература

1. Бодров В.А. Проблема преодоления стресса. Ч. 1 : «Coping stress» и теоретические подходы к его изучению // Психол. журн. – 2006. – Т. 27, № 1. – С. 122–133.
2. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. – СПб. [и др.] : Питер, 2009. – 336 с.
3. Практикум по возрастной психологии / под ред. Л.А. Головей, Е.Ф. Рыбалко. – СПб. : Речь, 2008. – 704 с.
4. Собчик Л.Н. Психология индивидуальности: теория и практика психодиагностики. – СПб. : Речь, 2003. – 624 с.
5. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМЛЛ. – СПб. : Речь, 2004. – 168 с.
6. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Синдром профессионального выгорания : учеб. пособие. – Архангельск : Сев. гос. мед. ун-т, 2007. – 176 с.
7. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология : учебник. – 2-е изд., доп. – М. : ГЭОТАР-Мед, 2002. – 864 с.
8. Тимофеев В.И., Филимошенко Ю.И. Цветовой тест М. Люшера (стандартизированный вариант). – СПб. : Иматон, 2001. – 32 с.

УДК 159.922.73 : 616.89

Е.Е. Малкова

СОМАТОФОРМНЫЕ И СОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ШКОЛЬНИКОВ КАК ПСИХОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ В СОЦИАЛЬНО-СТРЕССОВЫХ СИТУАЦИЯХ

Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург

Анализируется динамика проявлений тревожности в социально-стрессовых ситуациях у 294 детей и подростков, имеющих соматоформные и соматические расстройства. При тревожных расстройствах соматического уровня у детей и подростков выявлена особая значимость ситуаций, связанных со школьным обучением, переживание стресса в которых сопровождалось свойственным возрасту уровнем соматизации. Высокий уровень тревожности у детей младшего школьного возраста (7–10 лет) с соматическими расстройствами был обусловлен реакцией на болезнь, а при соматоформных расстройствах соматические симптомы тревоги «скрывали». К старшему школьному возрасту (15–17 лет) осознание тревоги снижается, окончательно оформляясь в соматической сфере.

Ключевые слова: социально-стрессовые ситуации, тревожность, дети и подростки, соматические и соматоформные расстройства, психодиагностика.

Введение

Известно, что психогенные расстройства, связанные с реакцией на социально-стрессовую ситуацию у детей и подростков, наблюдаются чаще, чем у взрослых, и, как правило, имеют более выраженный соматический характер [19]. Сами по себе психосоматические и соматопсихические расстройства являются широко распространенным дезадаптивным феноменом, который встречается, по разным данным,

в 20–50 % популяции и наиболее часто своим аффективным компонентом имеет тревогу [10].

Длительное время проблема такого рода расстройств у детей и подростков разрабатывалась в основном последователями З. Фрейда [11, 14, 15], предлагавшими психогенетическую трактовку этих состояний, основываясь на психоаналитической концепции. Последнее время эти задачи чаще решаются с позиций психосоматического [1, 5, 7] и онтогенетиче-

ского подходов [9, 17]. Так, Ю.Ф. Антропов и Ю.С. Шевченко [2] выделили нарушенный онтогенез одним из ключевых факторов развития психосоматической патологии. По их мнению, психосоматическая патология у детей и подростков представляет собой эмоциональные нарушения, преимущественно тревожного ряда, клинически проявляющиеся в различной степени выраженности вегетативно-висцеральных и аффективных расстройств. Клиническая картина психосоматической патологии у детей и подростков в ее соматической представленности, по данным Л.С. Чутко [16], в значительной степени связана с определенным периодом онтогенеза в виде предпочтительного проявления функциональных (психовегетативных) расстройств: до 7 лет – в основном в пищеварительной и кожной системах, с 8 лет – в двигательной сфере с миалгиями и артралгиями, а также с алгическими (цефалгическими) проявлениями и с 10 лет – нарушениями в эндокринной системе.

Считается, что процесс соматизации эмоционального дистресса является типичным, если не универсальным, механизмом реагирования в детском возрасте. Однако это вовсе не означает, что просто быть ребенком достаточно для появления соматизированных расстройств, различных форм дистресса в их клинических проявлениях или естественного течения этих расстройств. Тем не менее, по мнению В.А. Винокур и А.Ю. Веригиной [4], тревожность, способствующая адаптивному поведению за счет опережающей мобилизации внутренних систем организма, которая в условиях современной цивилизации уже утратила первоначальную целесообразность, довольно часто трансформируется в механизм развития соматической патологии. Что касается собственно механизмов соматизации стресса, в последние годы в научной литературе часто можно слышать термин «психосоматическая тревога», когда именно тревога рассматривается в качестве психосоматического механизма, дающего толчок к развитию самых разных заболеваний.

В рамках нашего исследования тревога у детей и подростков рассматривается как своеобразная реакция на попытки справиться с проявлениями дистресса на всех уровнях функционирования школьника, являющаяся индикатором социально-стрессовой ситуации. В то же время, мы не можем не обращать внимания на тот факт, что центральную роль в становлении личности ребенка школьного возраста играют происходящие в нем не только психологические, но и физиологические изменения. В част-

ности, с наступлением подросткового возраста скорость, с которой происходят соматические перемены, ломает тот константный образ телесного «Я», который сформировался в детстве. По данным М. Кле [8], относительно постоянный между 7 и 11 годами телесный образ испытывает множество превращений (метаморфоз), достигающих максимума в 14 лет, и постепенно стабилизируется лишь к 18 годам. Подмечено, что именно в период между 11 и 15 годами подростки для указания нелюбимых черт своего характера часто обращаются к физическим характеристикам и лишь позднее отмечают в качестве таковых личностные черты. В связи с этим вопрос о том, каким образом закономерно возникающая в этом возрасте тревога в связи с социально-стрессовыми ситуациями развития трансформирует внутреннее ощущение единства «Я», а также какую роль она может играть в возникновении соматических отклонений, представляется важным с точки зрения изучения механизмов нормального и аномального развития личности.

Материал и методы

В рамках соматического уровня расстройств с преимущественно тревожной симптоматикой нами изучены 294 больных – детей и подростков (146 девочек и 148 мальчиков) в возрасте от 7 до 18 лет, проходящих амбулаторное и стационарное обследование и лечение на базе профильных лечебно-консультативных учреждений Санкт-Петербурга.

Обследование детей и подростков проводили при непосредственном участии врачей-клиницистов (педиатров, кардиологов, пульмонологов, гастроэнтерологов, дерматологов, ЛОР-врачей, психоневрологов, психотерапевтов и т. п.) на базах консультативно-диагностического центра Санкт-Петербургской педиатрической академии и кафедры педиатрии № 2 Санкт-Петербургской академии последипломного образования. В качестве «маркера» в структуре актуального психического состояния использовали тревожные расстройства. В дифференциально-диагностической оценке состояний на момент обследования руководствовались критериями Международной классификации болезней и расстройств поведения (МКБ-10) для взрослой популяции с учетом особенностей проявления этих расстройств у детей и подростков. 1-ю группу (n = 172, или 58,5 %) составили школьники с соматоформными тревожными расстройствами, 2-ю (n = 122, или 41,5 %) – с психологическими и поведенческими факторами тревожного характера, связанными с со-

Таблица 1
Распределение школьников по нозологическим и возрастным группам

Возрастная группа (лет)	Нозологическая группа, n (%)		Всего
	1-я	2-я	
Дети (7–10)	15 (8,7)	20 (16,4)	35 (11,9)
Младшие подростки (11–12)	35 (20,3)	25 (20,5)	60 (20,4)
Подростки (13–14)	48 (27,3)	33 (27,0)	81 (27,6)
Старшие подростки (15–17)	74 (43,1)	44 (36,1)	118 (40,1)
Мальчики	83 (48,4)	63 (51,6)	146 (49,7)
Девочки	89 (51,6)	59 (48,4)	148 (50,3)

матическим расстройством или заболеванием (табл. 1).

Критериями включения в группу явились: возраст от 7 до 18 лет, наличие психологических, поведенческих или вегетативных симптомов тревоги, специфических фобических расстройств (изолированных и множественных), obsessивных мыслей, образов, страхов или компульсивных действий в картине соматического или соматоформного расстройства на момент обследования в течение нескольких недель подряд.

По возрасту обследованные нами больные распределились неравномерно. Как можно видеть из табл. 1, минимальное количество обследованных больных этой группы пришлось на младший школьный возраст (11,9%), а максимальное – на старший подростковый (40,1%). Практически одинаковое количество детей оказалось в группах младших и средних подростков (20,4 и 27,6% соответственно), причем данная тенденция сохранялась как в 1-й, так и во 2-й группе детей. Подобного рода динамика была подмечена рядом исследователей [3, 7, 19, 21], которые указывали на то, что соматизированные расстройства у детей и подростков начинают проявляться клинически уже в раннем детском возрасте, но более тяжелые расстройства обычно становятся явными со среднего детского возраста и даже чаще – с подросткового. Наибольший разброс численности обследованных больных в зависимости от возраста наблюдался именно в 1-й группе (от 8,7% у младших школьников до 43,1% у старших подростков), что может свидетельствовать о значительной роли соматизированной тревоги в формировании и развитии аномальной личности.

Для экспериментально-психологического изучения возрастной динамики психогенных реакций в социально-стрессовых ситуациях у детей и подростков с тревожными расстройствами соматического уровня использовали «Методику многомерной оценки детской тревожности» (МОДТ) [13], шкалы которой оцени-

вали: 1-я – общую тревожность, 2-я – тревогу в отношениях со сверстниками, 3-я – тревогу, связанную с оценкой окружающих, 4-я – тревогу в отношениях с учителями, 5-я – тревогу в отношениях с родителями, 6-я – тревогу, связанную с успешностью в обучении, 7-я – тревогу, возникающую в ситуациях самовыражения, 8-я – тревогу, возникающую в ситуациях проверки знаний, 9-я – снижение психической активности, обусловленное тревогой, 10-я – повышенную вегетативную реактивность, обусловленную тревогой.

Разработанные нами принципы многомерной оценки детской тревожности отражали не только уровень и характер тревожности у детей и подростков школьного возраста (7–18 лет), но так же и максимально возможный спектр ситуаций, в которых эта тревожность может возникать. Методика отвечает современным психометрическим критериям надежности ($r = 0,51–0,78$) и валидности ($r = 0,47–0,56$).

Полученные данные экспериментально-психологического исследования обработали статистически. Для выявления особенностей проявлений тревоги и тревожности у школьников разных половозрастных групп при патологии психотического уровня, а также оценки динамики их различий производили сопоставление средних величин шкальных оценок опросника МОДТ в обследуемых группах. Выявляли те шкалы, для которых различия достигали уровня статистической значимости ($p < 0,05$). Такое сопоставление проводили отдельно для каждой из четырех обследованных подгрупп, сформированных по возрастным диапазонам и полу.

Результаты и их анализ

Данные о нозологическом содержании обследованных групп, позволяющие дать клинико-психологическую оценку данных детей и подростков в зависимости от пола, представлены в табл. 2.

Как видно, по полу наблюдаемые нами больные распределились относительно равномерно: мальчиков было 50,3%, девочек – 49,7%, что свидетельствует об относительной полонезависимости нозологических проявлений соматизированной тревоги в целом. В аспекте развития дезадаптаций на уровне соматической организации – это первые расстройства, которые одинаково часто возникают как среди мальчиков, так и среди девочек. Однако, как это будет показано далее, все это не исключает возможных вариаций в тематическом содержании тревоги у мальчиков и девочек разных возрастных групп.

Таблица 2

Структура расстройств соматического уровня с преимущественно астеническими, тревожно-фобическими, обсессивно-фобическими, тревожно-депрессивными и поведенческими жалобами, n (%)

Диагноз (шифр по МКБ-10)	Девочки	Мальчики	Всего
1-я группа			
Соматизированное расстройство (F45.0) и недифференцированное соматоформное расстройство (F45.1)	24 (28,9)	16 (18,0)	40 (23,3)
Соматоформная вегетативная дисфункция сердца и сердечно-сосудистой системы (F45.30)	20 (24,1)	23 (25,8)	43 (25,0)
Соматоформная вегетативная дисфункция верхних (F45.31) и нижнего (F45.32) отделов желудочно-кишечного тракта	25 (30,1)	34 (38,2)	59 (34,2)
Соматоформная вегетативная дисфункция дыхательной системы (F45.33)	3 (3,6)	5 (5,6)	8 (4,7)
Хроническое соматоформное болевое расстройство (F45.4) и другие соматоформные расстройства (F45.8)	11 (13,3)	11 (12,4)	22 (12,8)
2-я группа			
Гастрит и гастродуоденит (K29)	19 (30,2)	14 (23,7)	33 (27,0)
Гастрит и гастродуоденит, лекарственный дерматит (K29+L27)	5 (7,9)	5 (8,5)	10 (8,2)
Поражение пищевода, дисгидротическая экзема (K23+L30.1)	5 (7,9)	4 (6,8)	9 (7,4)
Вазомоторный и аллергический ринит (J30)	4 (6,3)	5 (8,5)	9 (7,4)
Астма (J45)	3 (4,8)	1 (1,7)	4 (3,3)
Астма, лекарственный дерматит (J45+L27)	1 (1,6)	4 (6,8)	5 (4,1)
Лекарственный дерматит (L27)	15 (23,8)	19 (32,1)	34 (27,9)
Ожирение, обусловленное избыточным поступлением энергетических ресурсов (E66)	4 (6,3)	6 (10,2)	10 (8,2)
Нарушение функции щитовидной железы (E83)	7 (11,2)	-	7 (5,7)
Гнездная алопеция (L63)	-	1 (1,7)	1 (0,8)

Остановимся на возрастных аспектах клинических характеристик обследованных нами больных в рамках нозологических групп. Так, в клинической картине больных 1-й группы доминировала тревожная симптоматика, дебютирующая, как правило, множественными летучими простыми фобиями с визуализацией представлений, связанных с психотравмирующей ситуацией, паническим расстройством с массивными телесными ощущениями круга вегетативных дисфункций (F45.8), полиморфных и летучих аллопатий (F45.4). Нестойкие (пароксизмальные, на начальном этапе) проявления соматической тревоги в дальнейшем приобретали у обследованных больных все более стойкий, персистирующий характер. Патологические телесные ощущения при этом воспринимались ими уже как признаки определенного соматического недуга. Как правило, дети из этой группы предъявляли большое количество соматических жалоб (болит, кружится голова, «ноет» тело, беспокоят сердцебиение, бессонница и т. д.). Причем их жалобы часто отличались неопределенностью и были переменчивы. При тщательном обследовании у профильных специалистов соматической патологии не определялось, а причиной «болезни» являлось психическое неблагополучие в форме тревоги и пониженного настроения.

В анамнезе у детей 1-й группы выявлялась четкая связь манифестации соматоформных расстройств с предшествующим сильным дистрессом (испуг, смерть или отъезд одного из родителей, развод и т. д.) или длительной неус-

транимой психотравмирующей ситуацией (запугивания, тяжелые внутрисемейные отношения, болезнь одного из родителей и т. д.). При этом, их реакция соответствовала критериям К. Ясперса со следующими аспектами: причинность (т. е. связь с психотравмирующей ситуацией как по времени, так и по фабуле), понятность и прогностический аспект. Собственно развитие клинической картины тревожных расстройств при ситуационно-зависимом типе соматоформной реакции во многом соответствовало признакам формирования истерического личностного расстройства либо органического расстройства личности и поведения.

Так, в клинической картине расстройств тревожного спектра у детей 1-й группы доминировали различного рода страхи, чаще ипохондрического содержания. В процессе терапии, направленной на соматические жалобы, как правило, происходила полная редукция психопатологических проявлений. В отдельных случаях тревожная симптоматика начинала редуцироваться уже на этапе помещения в стационар (вывода из психотравмирующей ситуации). При этом, по результатам катamnестических наблюдений (до 5 лет), тревожные соматические расстройства у них не выявлялись, и сохранялась удовлетворительная социальная адаптация.

Если же так называемая «психотравмирующая ситуация» сохранялась и при помещении ребенка в стационар, можно было наблюдать утяжеление тревожной симптоматики, закрепляющей соматические проявления тревоги. Поскольку подобного рода реакции на стрес-

совый фактор в норме более свойственны детям в возрасте до 2 лет, можно предполагать наличие регрессивных тенденций в поведении либо фактора научения, когда раз возникшие вегетативно-соматические расстройства в дальнейшем повторялись по механизму патологически упрочившейся условной связи.

Подобного рода реакции можно было наблюдать и у больных 2-й группы, сопровождавшимися (осложненными) психологическими и поведенческими реакциями тревожного спектра. Тревогу, наблюдаемую у этих больных, как правило, определяли как соматогенную. Поскольку она являлась своеобразным спутником уже имеющихся квалифицированных соматических нарушений: гастрита и гастродуоденита (K29), нарушения функции щитовидной железы (E83), астмы (J45), лекарственного дерматита (L27) и т. д. Больные 2-й группы были постоянно обеспокоены состоянием своего здоровья, настороженно и с повышенным вниманием воспринимали все, относящееся к ним и их заболеванию. У них нарушались сон, аппетит, что еще больше усугубляло их состояние.

Кроме того, к тревожным реакциям также относили частые острые риновирусные инфекции (F54+J30), возникающие как реакция адаптации, немотивированные жалобы на боли в животе (у детей младшего школьного возраста), тошноту, рвоту (F54+K29). Это согласуется с данными С. Faull и А. R. Nicol [20], которые указывали на то, что подобного рода расстройства начинаются в раннем и среднем школьном возрасте, когда у детей преобладают повторяющиеся жалобы на боли в животе, головную боль, боли в суставах или утомляемость. Причем факторы, способствующие развитию такой клинической картины, нередко включают тревогу, а также оппозиционные установки и поведенческие расстройства, подобные таковым у детей младшего возраста.

К такого рода вегетовисцеральным проявлениям тревоги (так называемым «органным неврозам») нами также относились школьники с привычной рвотой, возникающей перед выходом в школу или как реакцией на какое-то неприятное переживание (F45.31). Помимо этого, у обследованных младших подростков довольно часто наблюдались реакции с синдромом нервного кашля, который поначалу носил функциональный характер (F45.33). У старших подростков типичными являлись симптомы нарушения со стороны сердечно-сосудистой (F45.30) и дыхательной системы (J45+L27), головокружение, слабость, удушье (F45.1 либо J45+L27).

В процессе работы с детьми 2-й группы обратили на себя внимание определенные личностные характеристики. Обследованные дети часто были застенчивы, родители отмечали, что они «внешне покладисты вне дома». Как следовало из данных анамнеза, соматические жалобы использовались ими в качестве своеобразного выражения дистресса. Такой эмоционально-поведенческий паттерн можно было проследить в относительно долговременной ретроспективе, нередко с включением семейных признаков тревоги, выражения стремления к опеке и предпочтения соматизации.

Рассмотрим возрастную динамику экспериментально-психологических показателей тревожности у детей и подростков школьного возраста при патологии соматического уровня. Как можно видеть на рис. 1, наибольшее количество различий по уровню тревожности наблюдается в группе детей 7–10 лет. Именно в этот период тревога, затрагивающая практически все сферы жизни ребенка, достаточно высока. Особенно ярко это можно наблюдать в случае с показателем общей тревожности, который в этом возрасте высок – $(5,9 \pm 0,5)$ балла – как ни в каком другом и характеризует общее состояние ребенка как тревожное.

Большинство ситуаций, в которых оказывается ребенок, воспринимаются им как угрожающие ему лично, его престижу и самооценке. Именно у обследованных нами детей 7–10 лет мы наблюдали крайнюю эмоциональность, проявляющуюся как в поведении, так и во взаимодействии с окружающими. При этом, высокая эмоциональная чувствительность сочеталась у них с повышенной ранимостью и обидчивостью. Неудачи часто переживались как трагедии и надолго приковывали внимание ребенка, сни-

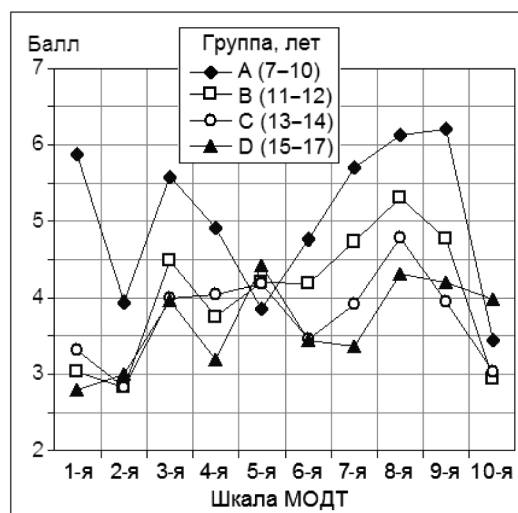


Рис. 1. Проявления тревожности у школьников.

жая активность, необходимую для их реального преодоления и анализа. Это может быть объяснено как собственно переживанием кризиса 7 лет, так и сложностью протекания периода адаптации к школе.

Сравнивая частоту встречаемости тревожных расстройств соматического уровня у детей 7–10 лет с другими группами (табл. 3), можно также предположить, что именно в этот период мы можем наблюдать «острые» проявления тревоги у ребенка, которая постепенно (с возрастом) имеет тенденцию к модификации в соматоформные или соматические расстройства. В то же время, следует отметить тот факт, что сам по себе «профиль тревожности» у данной категории больных вне зависимости от возраста отличается характерными пиками тревоги в связи с оценкой окружающими (3-я шкала), успешностью в обучении (6-я шкала), в ситуациях самовыражения (7-я шкала) и проверки знаний (8-я шкала), а также снижением психической активности, обусловленной тревогой (9-я шкала). На этом фоне абсолютная стабильность средненормативного показателя уровня тревожности в отношениях с родителями (5-я шкала) представляется ресурсным фактором в плане адаптации ребенка.

Анализируя данные анамнеза, можно отметить своеобразную «увлеченность медицинскими проблемами» у самих родителей, когда матери могли часами рассказывать и красочно описывать различные формы недомоганий у ребенка, «как много они вместе пережили, ходя по врачам», не замечая при этом самого ребенка. Некоторые мамы «ходили по врачам» не с одним ребенком. Как известно, в формировании детских эмоций огромную роль играет раздражение [6]. Ребенок быстро начинает копировать эмоциональные реакции взрослых и других, обычно старших детей, тонко воспринимает эмоции окружающих лиц, особенно матери, и ограничивает фальшь от истинного чувства.

Фиксируя в определенных ситуациях «истинную» заинтересованность в отношении больного ребенка и относительную формальность к здоровому, обязанному справляться с традиционными для любого школьника проблемами, как правило, ребенок делает «правильные» выводы.

Очевидно, именно ситуации, связанные со школьным обучением, являются наиболее травматичными, поскольку выйти из них в случае обязательности обучения не представляется возможным. Единственным исключением является болезненное состояние, в результате которого можно не пойти в школу, оставшись «подлечиться» дома, общаясь с мамой или «добрым доктором». Впоследствии, завоевав репутацию болезненного ребенка, можно получить значительные поправки в школе или (в случае перехода болезненного состояния в хроническое) вообще перейти на домашнее обучение. Данные предположения согласуются с мнением Д.Н. Исаева [7], который отметил тот факт, что еще задолго до появления явных психосоматических расстройств у детей можно обнаружить отдельные признаки эмоционального напряжения или состояния хронической тревожности. Так, у обследованных нами детей младшего школьного возраста на уровне психопатологических проявлений тревожности отмечались дистимические явления, суетливость, неусидчивость и двигательное беспокойство различной степени выраженности и стойкости. На этом фоне, по результатам данных анамнеза, еще до формирования выраженной клинической картины соматических расстройств под влиянием чрезвычайно неблагоприятных обстоятельств у детей могли внезапно появляться сердцебиения, боли в сердце, затруднения дыхания или одышка, головные боли, головокружения, боли в животе, рвоты, поносы и другие расстройства. Именно такие острые психосоматические расстройства, по мнению ряда авторов [3, 7], являются отражением признаков хронической тревожности, с одной стороны, и

показателем склонности к развитию стойкого психосоматического заболевания – с другой.

Рассмотрим полоспецифические особенности динамики тревожности у школьников при патологии соматического уровня. Как видно из рис. 2 и табл. 4, 5, возрастная динамика показателей уровня и характера тревожности у девочек и мальчиков имеет ряд видимых различий. Так, если у девочек уровень тре-

Таблица 3
Проявления тревожности у школьников при патологии соматического уровня, балл (M±m)

Шкала МОДТ	Возрастная группа				p < 0,05 при сравнении показателей в группах
	A (n = 33)	B (n = 60)	C (n = 78)	D (n = 111)	
1-я	5,9 ± 0,5	3,0 ± 0,3	3,3 ± 0,3	2,8 ± 0,2	AB, AC, AD, CD
2-я	3,9 ± 0,4	2,8 ± 0,3	2,8 ± 0,2	3,0 ± 0,2	AC, AD, BD
3-я	5,6 ± 0,4	4,5 ± 0,3	4,0 ± 0,2	4,0 ± 0,2	AB, AC, AD, BD
4-я	4,9 ± 0,3	3,8 ± 0,2	4,0 ± 0,2	3,2 ± 0,2	AB, AC, AD, BD, CD
5-я	3,9 ± 0,4	4,2 ± 0,3	4,2 ± 0,2	4,4 ± 0,2	–
6-я	4,8 ± 0,3	4,2 ± 0,3	3,5 ± 0,2	3,4 ± 0,2	AC, AD, BC, BD
7-я	5,7 ± 0,4	4,7 ± 0,3	3,9 ± 0,2	3,4 ± 0,2	AD, AC, AD, BC, BD, CD
8-я	6,1 ± 0,4	5,3 ± 0,2	4,8 ± 0,3	4,3 ± 0,2	AB, AC, AD, BD
9-я	6,2 ± 0,4	4,8 ± 0,3	4,0 ± 0,2	4,2 ± 0,2	AB, AC, AD, BC, BD
10-я	3,5 ± 0,5	2,9 ± 0,2	3,0 ± 0,2	4,0 ± 0,2	CD

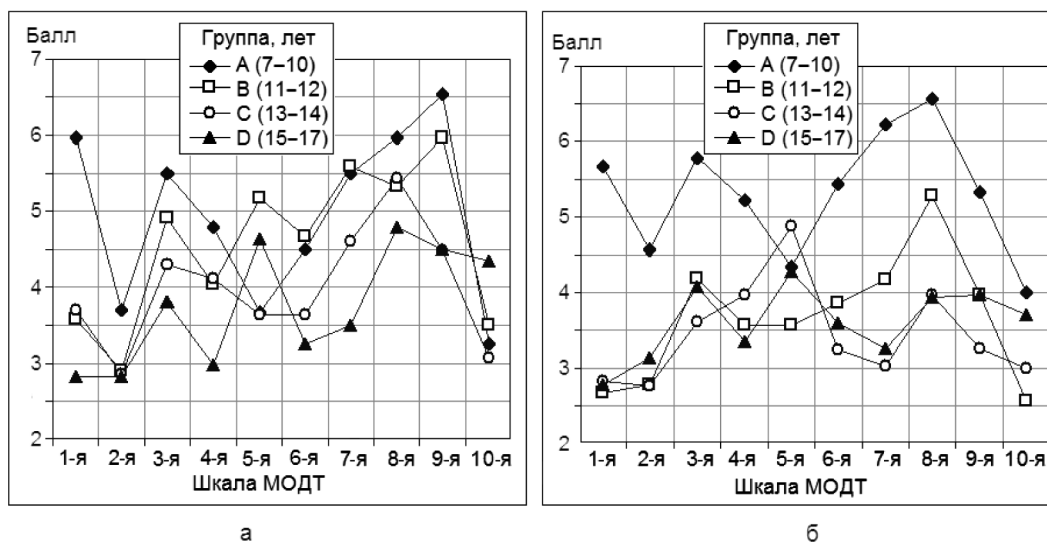


Рис. 2. Проявления тревожности у девочек (а) и мальчиков (б).

возности с возрастом имеет устойчивую тенденцию к равномерному снижению, то у мальчиков уровень тревожности в младшем школьном возрасте (7–10 лет) значительно выше, чем у старших, и снижается резко с наступлением подросткового возраста (11–17 лет). Это может быть объяснено тем, что у мальчиков наступление подросткового кризиса, в первую очередь, затрагивает физиологические аспекты изменений, которые происходят в орга-

низме, что, в свою очередь, может вызывать психологический дистресс, сопровождаемый соматическими проявлениями.

Собственно соматические жалобы у подростков могут быть одним из способов переживания эмоционального дистресса и сообщения о нем. Нечто подобное можно наблюдать у маленьких детей, у которых множество других примитивных и регрессивных поведенческих реакций обычно рассматривается в качестве свое-

Таблица 4
Проявления тревожности у девочек при патологии соматического уровня, балл (M ± m)

Шкала МОДТ	Возрастная группа				p < 0,05 при сравнении показателей в группах
	A (n = 24)	B (n = 24)	C (n = 44)	D (n = 48)	
1-я	6,0 ± 0,5	3,6 ± 0,7	3,7 ± 0,4	2,8 ± 0,3	AB, AC, AD
2-я	3,7 ± 0,5	2,9 ± 0,4	2,9 ± 0,3	2,8 ± 0,3	–
3-я	5,5 ± 0,5	4,9 ± 0,5	4,3 ± 0,3	3,8 ± 0,3	AC, AD
4-я	4,8 ± 0,4	4,0 ± 0,5	4,1 ± 0,3	3,0 ± 0,3	AD, BD, CD
5-я	3,7 ± 0,4	5,2 ± 0,5	3,6 ± 0,3	4,6 ± 0,4	BC, CD
6-я	4,5 ± 0,3	4,7 ± 0,4	3,6 ± 0,3	3,3 ± 0,2	AC, AD, BD
7-я	5,5 ± 0,4	5,6 ± 0,5	4,6 ± 0,3	3,5 ± 0,3	AD, BD, CD
8-я	6,0 ± 0,4	5,3 ± 0,3	5,4 ± 0,4	4,8 ± 0,3	AD
9-я	6,5 ± 0,4	6,0 ± 0,5	4,5 ± 0,3	4,5 ± 0,4	AC, AD
10-я	3,3 ± 0,5	3,5 ± 0,4	3,0 ± 0,3	4,4 ± 0,3	CD

Таблица 5
Проявления тревожности у мальчиков при патологии соматического уровня, балл (M ± m)

Шкала МОДТ	Возрастная группа				p < 0,05 при сравнении показателей в группах
	A (n = 9)	B (n = 36)	C (n = 34)	D (n = 63)	
1-я	5,7 ± 1,0	2,7 ± 0,3	2,8 ± 0,4	2,8 ± 0,3	AB, AC, AD, BD
2-я	4,6 ± 0,5	2,8 ± 0,4	2,8 ± 0,4	3,1 ± 0,3	AC, AD, BD
3-я	5,8 ± 0,8	4,2 ± 0,4	3,6 ± 0,4	4,1 ± 0,3	AC, AD, BD
4-я	5,2 ± 0,4	3,6 ± 0,3	4,0 ± 0,4	3,4 ± 0,3	AD, BD, CD
5-я	4,3 ± 0,8	3,6 ± 0,3	4,9 ± 0,4	4,3 ± 0,3	–
6-я	5,4 ± 0,4	3,9 ± 0,4	3,2 ± 0,3	3,6 ± 0,3	AC, AD, BD
7-я	6,2 ± 0,8	4,2 ± 0,4	3,0 ± 0,3	3,3 ± 0,3	AB, AC, AD, BC, BD
8-я	6,6 ± 0,9	5,3 ± 0,3	4,0 ± 0,3	3,9 ± 0,3	AC, AD, BC, BD
9-я	5,3 ± 0,8	4,0 ± 0,3	3,7 ± 0,3	4,0 ± 0,3	AC, AD, BC, BD
10-я	4,0 ± 1,0	2,6 ± 0,2	3,0 ± 0,4	3,7 ± 0,3	–

образных сигналов различного вида эмоционального дискомфорта.

Что касается девочек, то для них именно сфера чувств и взаимоотношений подвергается в этот период наибольшим трансформациям, что и выражается в снижении уровня тревоги в личностно-значимых областях за счет увеличения количества соматических жалоб и опредмечивания тревоги через соматическую сферу.

Так, данные клинико-психологического анализа указывают на то, что половая принадлежность влияет на различия в клинической картине тревожных расстройств у детей и подростков с соматической патологией: у девочек отмечается больше симптомов, чем у мальчиков. Кроме того, они предъявляют больше жалоб именно в период полового созревания. То, что внутри каждой возрастной группы наличие ряда факторов, указывающих на наличие эмоционального неблагополучия, повышает вероятность появления большего количества симптомов, подтверждается данными зарубежных исследований [18, 22]. Среди этих факторов, как правило, преобладают психологические состояния, где наиболее важными являются тревога и депрессия.

Исключением из данных тенденций развития тревожности оказывается лишь показатель тревоги в отношениях с родителями (5-я шкала). Как уже указывалось выше, именно данный показатель без учета фактора пола является наиболее стабильным в плане возрастных изменений у детей и подростков школьного возраста с тревожными расстройствами соматического уровня. Анализируя же его возрастную динамику отдельно у мальчиков и девочек, можно обнаружить ярко выраженные полоспецифические особенности. Так, у девочек как в возрасте начала подросткового кризиса (11–12 лет), так и после окончания школьного обучения (15–17 лет), этот показатель относительно высок. У мальчиков же значимой динамики этого показателя не регистрируется ($p > 0,05$).

Заключение

Таким образом, по результатам проведенного исследования динамики проявлений тревожности в социально-стрессовых ситуациях у детей и подростков при патологии соматического уровня обратила на себя внимание тематика тревожных переживаний. Детей с подобного рода расстройствами чаще всего тревожат ситуации, непосредственно связанные с обучением в школе (отношения с учителями, успешность обучения, проверка знаний) и связанные с ними личностные реакции на возможные оценки ок-

ружающих в ситуациях самовыражения. Кроме того, у девочек отмечается снижение психической активности, обусловленное тревогой на фоне большого количества соматических жалоб. Другими словами, именно неблагополучие, связанное со «школьными» проблемами, по всей видимости, «деформирует» развитие личности ребенка, поскольку изначально неспособность справиться с возрастающими школьными нагрузками трактуется и самим ребенком, и его близкими как неблагополучие в соматической сфере, искажая, тем самым, его взаимоотношения с окружающим миром и делая более «тревожным» именно в этих сферах.

Кроме того, по результатам проведенного анализа можно отметить ряд характерных моментов в динамике проявлений тревожности у детей и подростков при патологии соматического уровня. Так, при общей тенденции к снижению профиля тревожности в процессе школьного обучения обращают на себя внимание различия в динамике этого снижения у мальчиков и девочек. У девочек данное снижение представляется относительно поступательным и равномерным, тогда как у мальчиков данная поступательность и равномерность отмечаются лишь с началом пубертата (с 11–12 лет). Предполагаем, что это связано, в первую очередь, с неравномерностью темпов развития в зависимости от пола. Не секрет [12, 17], что именно девочки «входят» в подростковый возраст несколько раньше мальчиков, и их развитие представляется относительно стабильным, тогда как у мальчиков «позднее вхождение» в пубертат знаменуется резкими психофизиологическими изменениями. Более же высокий уровень тревожности у детей младшего школьного возраста (7–10 лет) может быть связан не только с собственно началом обучения в школе, но и с тем, что именно в этой группе оказалась большая доля детей с собственно соматическими расстройствами (в противоположность соматоформным). Данные дети были более астенизированы, болезнь сама по себе вызывала у них тревогу, в то время как у детей и подростков при соматоформных расстройствах соматические симптомы тревогу «скрывали».

Еще один факт заслуживает внимания – это отсутствие различий в проявлениях тревожности по полу в начале школьного обучения (7–10 лет) при относительно высоком профиле тревожности и в старшем школьном возрасте (15–17 лет), когда тревога снижается, сглаживая половые различия и окончательно оформляясь в соматической сфере. Таким образом, поскольку рассматриваемый нами возрастной

этап является собственно этапом формирования личности, можно говорить об особой значимости ситуаций, связанных со школьным обучением, переживание напряжения в которых сопровождается свойственным возрасту уровнем соматизации.

Литература

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. – М. : ИОИ, 2010. – 320 с.
2. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. – СПб. : Речь, 2002. – 560 с.
3. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. – М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2001. – 320 с.
4. Винокур В.А., Веригина А.Ю. Психосоматическое значение тревоги и алекситимии в развитии артериальной гипертензии // IV Клинические павловские чтения: тревога. – СПб., 2002. – С. 32–34.
5. Губачев Ю.М., Стамбровский Е.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. – Л. : Медицина, 1981. – 216 с.
6. Изард К. Психология эмоций. – М. : Директ-Медиа, 2008. – 954 с.
7. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. – СПб. : Речь, 2005. – 400 с.
8. Кле М. Психология подростка: (психосексуальное развитие) : пер. с фр. – М. : Педагогика, 1991. – 174 с.
9. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – М. : Медицина, 1995. – 560 с.
10. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. – Прага : Авиценум : Мед. изд-во, 1983. – 406 с.
11. Крейслер Л. Психосоматика в психопатологии младенчества // Мать, дитя, клиницист (новое в психоаналитической терапии). – М., 1994. – С. 112–120.
12. Личко А.Е. Подростковая психиатрия (руководство для врачей). – Л. : Медицина, 1985. – 416 с.
13. Малкова (Ромицына) Е.Е. Психодиагностическая методика многомерной оценки детской тревожности : пособие для врачей и психологов / С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева. – СПб., 2007. – 34 с.
14. Развитие в психоанализе / М. Кляйн [и др.]. – М.: Акад. проект, 2001. – 512 с.
15. Фрейд А. Введение в детский психоанализ; Норма и патология детского развития; «Я» и механизмы защиты : сборник. – Минск : Попурри, 2004. – 448 с.
16. Чутко Л.С. Тревожные расстройства у детей и подростков // Тревожные расстройства в общеврачебной практике : руководство для врачей / под ред. Л.С.Чутко. – СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2010. – С. 55–74.
17. Шевченко Ю.С. Онтогенетически ориентированная интегративная концепция // Психотерапия и клинич. психология. – 2008. – № 1. – С. 17–22.
18. Aro H. Life stress and psychosomatic symptoms among 14–16 year old Finnish adolescents // Psychological Medicine. – 1987. – N 17. – P. 191–201.
19. Eminson D.M. Mary Somatising in children and adolescents // Advances in Psychiatric Treatment. – 2001. – N 7. – 1 : Clinical presentations and aetiological factors. – P. 266–274 ; 2 : Management and outcomes. – P. 388–398.
20. Faull C., Nicol A.R. Abdominal pain in six-year-olds: an epidemiological study in a new town // J. of Child Psychology and Psychiatry. – 1986. – N 27. – P. 251–260.
21. Silber T.J. Pao M. Somatization Disorders in Children and Adolescents // Pediatrics in Review. – 2003. – Vol. 24, N 8. – P. 255–264.
22. Somatic complaints and psychopathology in children and adolescents: stomach aches, muscular-skeletal pains and headaches / H.L. Egger, E.J. Costello, A. Erkanli [et al.] // J. of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 1999. – N 38. – P. 852–860.

Вышла в свет книга

Психотерапия: информационный поиск и анализ отечественных изобретений (1994–2011 гг.) : справочно-библиографическое пособие / В.И. Евдокимов, Т.Г. Горячкина, Т.Н. Эриванцева ; Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России. – СПб. : Политехника-сервис, 2012. – 220 с. ISBN 978-5-905687-27-3. Тираж 100 экз.

Представлена обобщенная рубрикация класса А61 «Медицина и ветеринария; гигиена» Международной патентной классификации, показан обобщенный алгоритм поиска патентов в электронных базах данных Федерального института промышленной собственности Роспатента и содержится анализ патентов на изобретения в сфере психотерапии и психологической коррекции в России (1994–2011 гг.).

Во второй части расположен аннотированный хронологический указатель 334 патентов на изобретения в сфере психотерапии и психологической коррекции, зарегистрированных Федеральной службой по интеллектуальной собственности Российской Федерации (Роспатент) в 1994–2011 гг. Библиографическая запись приведена по ГОСТу 7.1-2003. Приложение: алфавитный указатель авторов патентов.