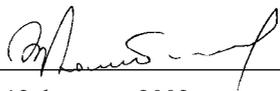


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра



В.В. Колбанов

13 февраля 2003 г.

Регистрационный № 168–1202

**ИНСТРУКЦИЯ ПО ДИАГНОСТИКЕ
И ЛЕЧЕНИЮ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Инструкция по применению

Учреждение-разработчик: Белорусская медицинская академия
последипломного образования

Автор: канд. мед. наук, доц. О.Г. Родцевич

ВВЕДЕНИЕ

Психосоматические расстройства у детей и подростков являются важной проблемой практического здравоохранения. Неумение распознать эту патологию часто приводит к тому, что истинный диагноз устанавливается спустя многие годы после возникновения первых проявлений болезни. Возникновение и дальнейшее развитие психосоматических нарушений приводит к становлению большинства патологических состояний, особенно в раннем возрастном периоде, что требует максимально ранней диагностики и лечения этих расстройств, которые нередко взаимно дополняются и усиливаются, а в ряде случаев утяжеляют проявления основного заболевания (соматического или психического). Это препятствует адекватному лечению и в значительной степени ухудшает прогноз.

До недавнего времени проблема психосоматических расстройств в детской практике не обсуждалась и не анализировалась. Основная масса больных с подобными нарушениями первично обращаются к врачу-интернисту, а затем наблюдаются в поликлиниках и стационарах общего профиля. Часто они сообщают врачу только о тех симптомах, которые, по их мнению, имеют существенное значение, а психопатологическую симптоматику стараются скрыть. Последняя может расцениваться интернистами как психологически подобная реакция личности на соматическую патологию и в связи с этим игнорироваться как в диагностическом, так и в лечебном плане. Поэтому проблема диагностики и лечения психосоматических нарушений в детском и подростковом возрасте остается актуальной и малоизученной.

Термин «психосоматика» включает в себя 2 понятия: с одной стороны, сюда относится группа расстройств, в клинической картине и динамике которых важное место занимают как телесно-органные дисфункции, так и психопатологические проявления; с другой стороны, под «психосоматикой» понимается не столько группа болезненных состояний, сколько определенный методологический подход или образ научного мышления в медицине. Основу указанного подхода составляет исследование характера взаимосвязи между психическими и соматическими сдвигами.

В современном понимании *психосоматическая медицина* рассматривается как метод лечения и наука о взаимоотношениях

психических и соматических процессов, которые тесно связывают человека с окружающей средой. Такой принцип, опирающийся на единство телесного и душевного, является основой медицины. Он обеспечивает правильный подход к больному, что необходимо не только в одной медицинской специальности, но и во всех сферах доклинического и клинического обследования и лечения.

Психосоматические расстройства — это расстройства функций органов и систем, обусловленные психическими, в частности аффективными нарушениями, которые возникают в функционально перегруженных, конституционально неполноценных или поврежденных висцеральных системах.

Факторы риска возникновения психосоматических расстройств у детей и подростков

Генетические

1. Наследственная отягощенность психическими заболеваниями психотического и непсихотического характера.

2. Наследственная отягощенность психосоматическими расстройствами.

3. Личностные особенности родителей.

4. Личностные особенности детей.

Церебрально-органические

1. Патология беременности и родов.

2. Нарушение вскармливания.

3. Нарушения психомоторного развития.

4. Травмы, операции, интоксикации.

5. Остаточные явления раннего органического поражения ЦНС.

6. Вредные привычки (патологически привычные действия (ППД): сосание пальца, грызение ногтей, раскачивание туловищем, выдергивание волос и др.).

Микросоциальные

1. Плохие материально-бытовые условия и конфликты в семье.

2. Нарушение системы «мать — дитя».

3. Дефекты воспитания.

4. Посещение детских учреждений.

5. Наличие сестер и братьев.

6. Неполная семья.

7. Курение и алкоголизм у родителей.
8. Потеря (болезнь) родителей или близких родственников.
9. Изменение стереотипа общения.
10. Психоэмоциональные перегрузки.

Наиболее частыми причинами возникновения отрицательных эмоций у детей дошкольного возраста являются:

- срыв первичного стереотипа поведения (смена обстановки или круга общения);
- неправильное построение режима дня ребенка;
- неправильные воспитательные приемы;
- отсутствие необходимых условий для игры и самостоятельной деятельности;
- создание односторонней аффективной привязанности;
- отсутствие единого подхода к ребенку.

К школьным стрессовым ситуациям можно отнести:

- отсутствие дружеских отношений или неприятие детским коллективом;
- неспособность ребенка соответствовать настроениям, желаниям и деятельности сверстников;
- смена школьного коллектива;
- негативное отношение учителя;
- пребывание в закрытых детских учреждениях (интернатах, детских домах, больницах, санаториях и т.д.);
- неспособность справиться с учебной нагрузкой.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), обосновывает употребление термина «расстройство» тем, что использование терминов «болезнь» или «заболевание» вызывает большие сложности. «Расстройство» не является точным термином, но здесь под ним подразумевается определенная группа симптомов или поведенческих признаков, которые в большинстве случаев причиняют страдания и препятствуют личностному функционированию. Понятие психосоматического расстройства включает в себя синдромальный и патогенетический смысл, т.е.

это состояния, которые проявляются сочетанием психических и соматических нарушений, связанных между собой причинно-следственными связями.

Отсутствие в данной классификации термина «психосоматические» (в МКБ-10 названные как соматоформные — категория F 45) объясняется различиями его значения при разных психиатрических традициях, а также чтобы избежать недоразумения, будто при других заболеваниях психологические факторы не влияют на их возникновение, течение и исход. Расстройства, описываемые в других классификациях как психосоматические, могут быть обнаружены также в следующих диагностических рубриках МКБ-10:

– F 30 — F 39. Аффективные расстройства настроения.

– F 40 — F 48. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства.

– F 93 — F 94. Эмоциональные и расстройства социального функционирования с началом, специфическим для детского и подросткового возраста.

– F 50. Расстройство приема пищи.

– F 52. Сексуальная дисфункция.

– F 54. Психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, классифицированными в других разделах.

В детской практике психосоматические расстройства преимущественно классифицируются в разделе F 45 — соматоформные расстройства.

Главным признаком соматоформных расстройств (F 45) является повторяющееся возникновение физических симптомов, позволяющих предположить соматическое заболевание, которое не подтверждается объективными данными медицинского обследования, что заставляет больных постоянно требовать новых медицинских обследований. Если физические расстройства и присутствуют, то они не объясняют природу и выраженность симптоматики или дистресса и озабоченности больного. Даже когда возникновение и сохранение симптоматики тесно связаны с неприятными жизненными событиями, трудностями или конфликтами, больной обычно противится попыткам обсуждения возможности ее психологиче-

ской обусловленности, это может иметь место даже при наличии отчетливых депрессивных и тревожных симптомов. Достижимая степень понимания причин симптоматики часто является разочаровывающей и фрустрирующей как для пациента, так и для врача. При этих расстройствах часто наблюдается некоторая степень истерического поведения, направленного на привлечение внимания, особенно у больных, которые негодуют в связи с невозможностью убедить врачей в преимущественно физической природе своего заболевания и в необходимости продолжения дальнейших осмотров и обследований.

Для этих расстройств в МКБ-10 выделены следующие диагностические рубрики:

– F 45.0 — соматизированное расстройство.

– F 45.1 — недифференцированное соматоформное расстройство.

– F 45.2 — ипохондрическое расстройство.

– F 45.3 — соматоформная вегетативная дисфункция.

– F 45.4 — хроническое соматоформное болевое расстройство.

– F 45.8 — другие соматоформные расстройства.

– F 45.9 — соматоформное расстройство неуточненное.

У детей и подростков клинически соматоформные расстройства чаще диагностируются как *соматоформная вегетативная дисфункция* (F 45.3), имеющая следующие диагностические критерии:

– F 45.30 — сердце и сердечно-сосудистая система (включаются: невроз сердца, синдром Да Каста, нейроциркуляторная дистония).

– F 45.31 — верхний отдел желудочно-кишечного тракта (включаются: невроз желудка, психогенная аэрофагия, икота, диспепсия, пилороспазм).

– F 45.32 — нижний отдел желудочно-кишечного тракта (включаются: психогенный метеоризм, синдром раздраженного кишечника, синдром газовой диареи).

– F 45.33 — дыхательная система (включаются: психогенные формы кашля и одышки).

– F 45.34 — мочеполовая система (включаются: психогенное повышение частоты мочеиспускания, психогенная дизурия).

– F 45.38 — другие органы и системы.

Жалобы, предъявляемые больными, касаются тех органов или систем, которые в основном или полностью находятся под влиянием вегетативной нервной системы (сердечно-сосудистой, дыхательной, мочеполовой). Симптомы обычно бывают двух типов, ни один из которых не указывает на физическое расстройство затрагиваемого органа или системы. Первый тип симптомов, на котором во многом основывается диагностика, характеризуется жалобами, отражающими объективные признаки вегетативного возбуждения, такие как сердцебиение, потливость, покраснение, тремор. Второй тип характеризуется более идиосинкразическими, субъективными и неспецифическими симптомами, такими как ощущения мимолетных болей, жжения, тяжести, напряжения, раздувания или растяжения. Эти жалобы относятся больным к определенному органу или системе (к которым может относиться и вегетативная симптоматика).

У многих больных с этим расстройством имеются указания на наличие психологического стресса или затруднения и проблемы, которые представляются связанными с расстройством. В некоторых случаях могут также присутствовать незначительные нарушения физиологических функций, такие как икота, метеоризм и одышка, но сами по себе они не нарушают основного физиологического функционирования соответствующего органа или системы.

Для достоверного диагноза требуются все следующие признаки:

- симптомы вегетативного возбуждения, такие как сердцебиение, потливость, покраснение, тремор, которые имеют хронический характер и причиняют беспокойство;

- дополнительные субъективные симптомы, относящиеся к определенному органу или системе, озабоченность и огорчение по поводу возможного серьезного (но часто неопределенного) заболевания этого органа или системы, причем повторные объяснения и разуверения на этот счет врачей остаются бесплодными;

- отсутствуют данные о существенном структурном или функциональном нарушении данного органа или системы.

Гораздо реже психосоматические расстройства у детей и подростков могут выступать под шифром F 45.8 — другие соматоформные расстройства.

При этих расстройствах жалобы больных не опосредуются вегетативной нервной системой и ограничиваются отдельными системами либо частями тела (что отличает их от соматизированного и недифференцированного соматоформного расстройства). Повреждения тканей при этом не наблюдается.

Сюда же следует отнести любые другие расстройства ощущений, возникающие вне связи с органическими расстройствами, которые тесно связаны по времени со стрессорными событиями:

– «истерический ком» (ощущение кома в горле, вызывающее дисфагию), а также другие формы дисфагии;

– психогенная кривошея и другие расстройства, сопровождающиеся спазмоидными движениями (исключая синдром Туретта);

– психогенный зуд (исключая специфические кожные расстройства, такие как алопеция, дерматиты, экзема или уртикария психогенного генеза (F 54));

– психогенная дисменорея;

– скрежетание зубами.

Классификация психосоматических расстройств у детей строилась на разных принципах: патогенетическом, анатомо-физиологическом (локализованном), возрастном, синдромальном и т.д.

Большинство врачей группируют психосоматические расстройства по возрастному признаку.

В младенческом возрасте к этим расстройствам относят колики третьего месяца, метеоризм, аэрофагию, срыгивания, жвачку (мерицизм), анорексию грудного возраста, извращение аппетита (симптом Пика), недостаточную прибавку массы тела, тучность, остановку развития, функциональный мегаколон, приступы нарушения дыхания, спастический плач, нарушения сна, запор (констипация), энкопрез, внезапную смерть младенца.

В дошкольном возрасте наблюдают такие психосоматические расстройства, как запор, понос, «раздраженный кишечник», боли в животе, циклические рвоты, отказ от жевания, анорексия и булимия, энкопрез, энурез, ожирение, нарушение сна, лихорадка и др.

У детей школьного возраста и подростков к числу психосоматических расстройств относят мигрень, «ростовые боли», рекуррентные боли меняющейся локализации, нарушения сна, приступы

гипервентиляции, обмороки, вегетативно-сосудистую дистонию, бронхиальную астму, нервную анорексию, булимию, ожирение, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, энкопроз, энурез, расстройства менструального цикла и др.

Однако в последние годы в детскую клиническую практику всё шире внедряется классификация психосоматических расстройств, разработанная Ю.Ф. Антроповым и соавт. (1999, 2002) и базирующаяся как на анатомо-физиологическом (локализационном), так и на патогенетическом принципах. В ней учитывается не только степень выраженности соматических нарушений, но и основной патогенетический фактор — депрессивные расстройства.

1. *По локализации* — психосоматические нарушения пищеварительной, кожной, двигательной, сердечно-сосудистой, дыхательной, эндокринной систем, нарушения терморегуляции, речи и выделительных функций, алгические проявления психосоматического характера с относительно кратковременной фиксацией в каком-либо органе или системе.

2. *По качественным и количественным особенностям патологических проявлений* — психосоматические реакции, состояния и психосоматические заболевания.

3. *По распространенности* — условно моносистемные и полисистемные психосоматические (функциональные) расстройства, т.к. при этом поражается не только соматическая, но и психическая сфера.

4. *По степени клинической выраженности депрессивных проявлений* — субдепрессия, скрытая депрессия, средневыраженная депрессия (дистимия, дисфория) и выраженная депрессия.

5. *По генезу депрессивных нарушений* — эндогенная, психогенная и резидуально-органическая депрессия.

6. *По качественным особенностям (синдромальной структуре)*, лежащим в основе психосоматических и сопутствующих им аффективных (депрессивных) расстройств, — астеническая, тоскливая, тревожная и смешанная (астенотрвожная и тревожно-тоскливая) депрессии.

Положенный в основу типологии психосоматических расстройств, у детей анатомо-физиологический принцип требует, наряду с локализацией, установления качественных и количественных

особенностей психосоматических проявлений, их распространенности по органам и системам. А выделение аффективной патологии в качестве основного патогенетического звена с учетом степени клинической выраженности, генеза и качественных особенностей депрессивных нарушений позволяет проводить патогенетически обоснованную и высокоэффективную терапию.

На основе анатомо-физиологического (локализационного) принципа у детей и подростков следует выделять психосоматические расстройства:

1. Пищеварительной системы:

- нарушение аппетита (снижение или повышение);
- аэрофагия;
- тошнота;
- рвота;
- боли в животе (абдоминалгии);
- метеоризм;
- нарушения стула (запоры, понос).

2. Кожных покровов:

- аллергические проявления в виде высыпаний;
- кожный зуд;
- угревая сыпь;
- выпадение волос.

3. Двигательной системы:

- тики;
- гиперкинезы;
- кривошея;
- торзионная дистония;
- псевдопарезы, нарушения походки;
- астазия-абазия;
- псевдоэпилептические проявления.

4. Эндокринной системы:

- нарушение менструального цикла;
- углеводного обмена;
- изменение массы тела.

5. Респираторной:

- одышка;

- навязчивый кашель;
- затруднение вдоха.
- 6. Выделительной:
 - энурез;
 - энкопрез;
 - обменная нефропатия.
- 7. Сердечно-сосудистой:
 - нарушение ритма сердца (тахикардия, брадиаритмия);
 - боли в сердце (кардиалгии);
 - повышение или понижение артериального давления.
- 8. Нарушения терморегуляции:
 - субфебрилитет;
 - гипертермия;
 - гипотермия.
- 9. Нарушения речи:
 - запинки;
 - заикание;
 - более детская речь;
 - трудности в разговоре.
- 10. Алгические нарушения:
 - головные боли (цефалгии);
 - боли в мышцах (миалгии);
 - боли в суставах (артралгии);
 - боли в мочевом пузыре и других органах.

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Основные диагностические критерии:

1. Наличие функциональных нарушений, сопровождающихся, а нередко только проявляющихся болями, не связанных с органическими изменениями со стороны органов и систем, подтвержденных параклинически и ориентированных на определенную висцеральную систему.
2. Связь функциональных нарушений и/или боли с эмоциональными (аффективными) факторами.
3. Функциональные нарушения и болевые проявления чаще всего не относятся к специфическим признакам психических заболе-

ваний, а сопутствуют нерезко выраженным аффективным (депрессивным) нарушениям, которые не замечаются больными и врачами или же им предается второстепенное значение.

4. Спонтанность возникновения и редукция психосоматических расстройств объяснимы действием психоэмоциональных факторов.

5. Выраженная эффективность терапии психотропными препаратами.

Дополнительные диагностические критерии:

1. Невозможность отнести соматическое проявление к симптоматологии какого-либо соматического заболевания.

2. Полисистемность поражения (наличие функциональных нарушений или болевых проявлений в нескольких органах и системах).

3. Диссоциация между степенью выраженности функциональных нарушений (или болевых проявлений) и поведением больного — «марафон» по специалистам в поисках своего врача в результате неудовлетворенности результатами предшествующего обследования и лечения.

4. Связь отрицательных эмоций с личностными особенностями больных, колебание состояния под влиянием различных факторов (психогенных, психофизических, интоксикации, метео- и т.д.).

5. Доминирование долгосрочной памяти (нарушение временно-го восприятия и фиксация на прошлых переживаниях).

6. Отчетливые постоянные психологические характеристики пациентов.

7. Внешне гладкие и формальные социальные контакты.

Для установления диагноза психосоматического расстройства достаточно в некоторых случаях 2–3 основных и 3–4 дополнительных критериев.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Отдельные признаки эмоционального напряжения или состояния хронической тревожности у детей обнаруживаются задолго до появления явных психосоматических расстройств. Причем в более младшем возрасте это проявляется различной степенью вы-

раженности и стойкости дистимических явлений, суетливостью, неусидчивостью и двигательным беспокойством. Старшими детьми эмоциональное напряжение субъективно воспринимается как беспокойство, душевный дискомфорт.

Проявления эмоционального напряжения у детей условно можно разделить на 3 группы:

1. Преневротические:

– нарушения сна (трудности засыпания, сноговорение, кошмарные сновидения);

– тики (двигательные и вокальные);

– ППД (онихофагия, сосание пальцев, яктация, доподростковая мастурбация, трихотилломания и др.);

– навязчивости;

– непослушание;

– враждебное отношение к окружающим;

– безучастность;

– трудности в разговорной речи;

– страх;

– беспричинный плач и др.

2. Вегетодистонические:

– потливость;

– головные боли;

– сердцебиение;

– головокружение;

– одышка;

– обмороки;

– повторные боли в различных частях тела;

– гипертермия кожи при волнении (кожная чувствительность);

– отрыжки воздухом;

– тремор;

– алгические ощущения и дисфункции различных органов и систем.

3. Соматические:

– повышенная жажда;

– нарушение аппетита (повышение или понижение);

– рвота после еды;

- непереносимость отдельных видов пищи;
- ожирение;
- субфебрилитет неясного происхождения;
- гиперпирексия;
- эпизодический кожный зуд;
- неоднократно появляющиеся кожные высыпания и др.

Практически у всех детей с психосоматическими (психовегетативными) нарушениями выявляются депрессивные расстройства невротического уровня различной степени интенсивности (от субдепрессии до выраженной депрессии).

Наиболее часто встречаются *слабовыраженные* (субдепрессивные, скрытые) депрессивные состояния (легкий депрессивный эпизод с соматическими симптомами, дистимия (МКБ-10)).

Для этих состояний характерно:

- периодическое незначительное снижение настроения в течение дня, чаще к вечеру, редко по утрам, с нежеланием что-либо делать;
- чувство безразличия или раздражения в отношении окружающих;
- нарушения поведения (замкнутость в себе, отсутствие улыбки, малая активность в играх, уединение) и его перемены;
- тревога за свою жизнь и жизнь родителей в контексте «а как я буду жить без них».

Умеренно выраженная депрессия (умеренный депрессивный эпизод с соматическими симптомами, дистимия по МКБ-10) встречается у детей и подростков относительно редко.

Характерны явления:

- дистимии (преходящее угнетенное настроение без видимой причины с преобладанием отрицательных эмоций и снижением влечений, отсутствие чувства радости, вялость, физическая слабость, малая инициативность);
- дисфории (угрюмое, ворчливо-раздражительное и мрачное настроение с повышенной чувствительностью к любому внешнему раздражителю, недовольство, отрицательная оценка происходящего, конфликтность);
- тревоги и невыраженной тоски, которая характеризуется больными как скука, грусть, безрадостность, тяжесть в теле;

– двигательной и идеаторной заторможенности.

Выраженная депрессия у детей и подростков с психосоматическими расстройствами отмечается крайне редко и является психогенной кратковременной реакцией на ситуацию.

Характеризуется:

- значительным снижением двигательной активности;
- покорно-страдальческим видом (особенно когда речь идет о своих переживаниях);
- амимичным и даже маскообразным выражением лица во время общения с детьми;
- отсутствием жестикуляции;
- изменением осанки (иногда согбенной, старческой позой);
- ухудшением памяти, затруднением переключаемости внимания и осмысления происходящего.

Как правило, при усилении депрессивных расстройств уменьшается выраженность соматовегетативных нарушений, т.е. имеет место обратная пропорциональная зависимость.

По качественным особенностям (синдромальной структуре), лежащим в основе психосоматических расстройств у детей и подростков, выделяют следующие типологические варианты депрессии:

1. Тревожный. Встречается наиболее часто, протекает с пониженным настроением, беспокойством, тревогой, чувством внутреннего напряжения (чаще по вечерам), непоседливостью, излишней хаотичной двигательной активностью, ускоренной речью. Grimасы недовольства, грусти, испуга, плача нередко сменяются на лице в течение короткого времени. При расспросах выявляются опасение за жизнь близких, тревога за свою жизнь, страх смерти. Затруднено засыпание, сон поверхностный, тревожный, с подъемами среди ночи и затрудненным пробуждением.

2. Астенический. Обращает на себя внимание внешний вид больных: унылое, грустное, иногда недовольное выражение лица, двигательная активность снижена, вялость в начале дня. Голос негромкий, речь невыразительна, иногда замедлена. Дети и подростки предъявляют жалобы на общее недомогание, физическую и психическую утомляемость, скуку, нежелание что-либо делать, особенно во второй половине дня. Они не переносят психического

напряжения, шума, жалуются на затруднение в усвоении школьного материала. Малоактивны, раздражительны, конфликтны, из-за чего ограничено речевое общение со сверстниками. Засыпают рано, сон глубокий, пробуждение позднее с сонливостью в течение некоторого времени.

3. Тоскливый. Его клинические проявления, как правило, ближе к типичным депрессиям взрослых. Больные малоактивны, несколько заторможены. Лицо амимично, поза нередко сгорбленная. Говорят тихим, затухающим голосом, с жалобно-просительными интонациями. Жалуются на скуку, чувство подавленности, грусть, печаль, отсутствие радости в жизни, нелюбовь близких. Им «всегда плохо», однако к вечеру двигательная активность несколько возрастает и мимика становится живее. Периодически испытывают нарушения сна в виде бессонницы, иногда ранние подъемы с невозможностью уснуть.

4. Смешанный (астенотревожный и тревожно-тоскливый):

– астенотревожный вариант депрессии включает, наряду с невыраженным аффектом тоски, в основном астенические и тревожные проявления, редко — истерические;

– тревожно-тоскливый вариант депрессии, наряду с тревожным аффектом, включает более заметный тоскливый, а также рудиментарные истерические, синестопатические и ипохондрические расстройства.

Этапность развития психовегетативных нарушений

Первый этап квалифицируется как психосоматические реакции и характеризуется:

- эпизодичностью;
- незначительной степенью выраженности вегетососудистых проявлений;
- их кратковременностью (от нескольких минут до нескольких часов с критическим возникновением и возвращением к норме);
- вовлечением в процесс одного органа или системы, без признаков их органического поражения;
- отсутствием изменений со стороны пораженных органов или систем при параклинических исследованиях;

– возможностью спонтанной и более полной терапевтической редукции аффективных и соматических расстройств.

Второй этап (локализованное психосоматическое состояние) характеризуется:

– большей (по сравнению с реакциями) частотой и выраженностью вегетососудистых проявлений;

– продолжительным временем существования (дни и даже месяцы);

– вовлечением в процесс одной или нескольких (2–3) систем;

– наличием некоторой параклинической объективизации вегетососудистых нарушений, не соответствующей степени выраженности клинических проявлений;

– частичным нарушением функций «пораженных» органов и даже незначительными органическими изменениями в них;

– возможностью лишь терапевтической редукции аффективных и соматических расстройств.

Третьему этапу (психосоматическое заболевание) присущи:

– выраженные и стойкие вегетативно-висцеральные проявления со стороны пораженного органа или системы;

– подтвержденные параклиническими исследованиями их органические изменения;

– продолжительность течения (годы);

– частые (сезонные) обострения или декомпенсации;

– терапевтически достигнутые состояния компенсации или улучшения.

Психосоматические реакции чаще встречаются в младшем возрастном периоде — до 10 лет, психосоматические состояния — в школьном и подростковом возрасте, начиная с 7 лет, а психосоматические заболевания — после 10 лет (в среднем и старшем подростковых периодах).

ПРИНЦИПЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Клинико-психологические (общие):

1. Индивидуализации — терапия определенной болезни у определенного больного.

2. Опосредованности. Действие любого из средств лечения не свободно от аффектов опосредования, прежде всего психического. Лечение должно быть опосредовано установками ребенка, страхом перед лечением, установками родителей, врача, внешними характеристиками медикаментов и способами их введения.

3. Отношений. Любое лечение — это не воздействие врача на болезнь или больного, а процесс отношений врача и больного, причем мотивация отношений слишком часто не осознается больным.

4. Среды. Среда (одушевленная и неодушевленная) включена в систему лечебных отношений и является их существенным элементом.

5. Гуманизма. Терапия не может быть удовлетворительной, если ее средства и методы игнорируют интересы личности и ее развития.

Клинико-динамические:

1. Системность (комплексность) терапии с обязательным участием врачей различного профиля (педиатра, психиатра, психотерапевта, детского невропатолога, при необходимости — других узких специалистов).

2. Приоритетность лечения психиатром и психотерапевтом на различных этапах развития психосоматических расстройств, за исключением остро возникающих ургентных состояний, где эти специалисты наряду с педиатрами или реаниматологами должны проводить дополнительную терапию.

3. Преемственность (этапность) терапевтических мероприятий, проводимых специалистами различного профиля, исключая неадекватное изменение терапии и тем более резкую отмену психотропных препаратов.

Клинико-патогенетические:

1. Обязательное использование антидепрессантов.

2. Дифференциация антидепрессивной терапии на основе типологии, степени выраженности и генеза депрессивных нарушений.

3. Проведение седативной терапии с учетом аффекта тревоги и локализации соматических расстройств.

4. Использование психофармакотерапии, дегидратационных, рассасывающих средств, вазопротекторов и корректоров поведения при церебрально-органической недостаточности и патологических чертах характера.

При лечении психосоматических расстройств у детей и подростков должна использоваться *комплексная* (патогенетическая и симптоматическая) терапия.

В связи с тем, что депрессия лежит в основе вегетососудистых расстройств, т.е. является основным фактором патогенеза и облигатным симптомокомплексом психосоматических нарушений, ведущее место в лечении должны занимать антидепрессивные и/или другие лекарственные средства, обладающие антидепрессивной направленностью действия.

Следует помнить, что при лечении депрессивных нарушений при психосоматических расстройствах у детей и подростков необходимо учитывать качественные особенности клинической картины депрессии, т.е. этиологические варианты (астеническая, тревожная, тоскливая, смешанная — астенотревожная и тревожно-тоскливая), а также качественные и количественные особенности патологических проявлений.

При всех видах депрессии на начальном этапе для достижения выраженного терапевтического эффекта нередко достаточно назначения препаратов растительного происхождения, обладающих антидепрессивным характером действия, реже — синтезированных антидепрессантов. Наряду с фитосредствами с антидепрессивным характером действия, следует назначать препараты с седативным и тонизирующим действием (см. табл. 1).

Таблица 1

Дозировка препаратов с седативным и тонизирующим действием

Возраст	Часть взрослой дозы
До 6 мес.	1/10
От 6 мес. до 1 года	1/8
От 1 до 2 лет	1/7
От 2 до 3 лет	1/6
От 3 до 4 лет	1/5
От 4 до 6 лет	1/4
От 6 до 8 лет	1/3
От 8 до 10 лет	1/2
От 10 до 14 лет	3/4
От 14 до 18 лет	1/2–1

Если дозы синтетических психотропных препаратов у детей и подростков определены, то дозировки большинства лекарственных

ных средств растительного происхождения пока не установлены. Поэтому для расчета их доз целесообразно пользоваться таблицей, предложенной Б.Н. Гажевым и соавт. (1995), в которой для каждой возрастной группы рекомендованы усредненные дозировки. Этой таблицей следует пользоваться при применении фитотерапии по рекомендации любых литературных источников, если не указаны возрастные дозы.

В качестве фитопрепаратов с антидепрессивным действием могут использоваться вьюнок полевой (повилика), герань розовая, душица, ель, жасмин лекарственный, кориандр посевной, маралий корень, огуречная трава, шафран посевной и др. К лекарственным растениям со стимулирующим и тонизирующим действием можно отнести аир болотный, алоэ, базилик, гвоздичное дерево, грейпфрут, кизил, клевер (белый), можжевельник, мордовник, мускатный орех, овес посевной, одуванчик, розмарин, сандал, чайное дерево, фенхель и др. Успокаивающее и седативное действие на ЦНС оказывают: горицвет (адонис) весенний, анис, апельсин, астра, багульник, береза белая, боярышник, чай луговой, вереск, гвоздика, герань луговая, перец водяной, дыня, мокрица, ноготки (календула), калина, иван-чай, кувшинка белая, кукуруза, зайцегуб (ла-гохилнос) опьяняющий, ладан, ландыш майский, салат посевной, лимон, морковь огородная, мята перечная, полевая, пион, полынь и др.

С целью дегидратации целесообразно использовать такие фитопрепараты, как боярышник, вьюнок полевой, герань розовая (пеларгония), душица обыкновенная, огуречная трава, шафран посевной, овес, чабрец, терн, укроп, шиповник и др.

Если фитотерапия оказалась недостаточно эффективной, после двухнедельного лечения (можно после недельного перерыва в лечении), следует переходить к антидепрессивным препаратам (2-й этап) (см. табл. 3) в сочетании с транквилизаторами (при выраженном тревожном компоненте депрессии) (см. табл. 4) и ноотропами. Дополнительное введение нейролептиков (табл. 5) необходимо только в случаях выраженных патологических особенностей личности и эндогенного происхождения депрессивных расстройств и связанных с ними соматических нарушений.

Общие принципы назначения антидепрессивных препаратов при психосоматических расстройствах у детей:

– адекватность назначаемого антидепрессанта типологическому варианту депрессии;

– учет характера и особенностей психотропного действия применяемого антидепрессанта;

– использование антидепрессантов и их дозировок следует проводить с учетом степени выраженности депрессии;

– наращивание доз и отмена лечения антидепрессивными препаратами должны быть обусловлены характером депрессивных проявлений;

– выход на адекватную состоянию дозу антидепрессанта следует осуществлять постепенно в течение 10–15 дней, если речь идет об антидепрессантах с выраженным седативным эффектом, или в течение 7 дней, если речь идет об антидепрессантах со слабым седативным эффектом, либо быстро (в течение 2–3 дней) при использовании препаратов комбинированного (сбалансированного) действия (пиразидол, паксил, анафранил и др.);

– оптимальная доза должна достигаться ко дню начала антидепрессивного действия препарата;

– в конце лечения нужно постепенно снижать дозу;

– необходимость комбинирования антидепрессантов с другими психотропными препаратами должна определяться генезом депрессивных расстройств;

– широкое использование антидепрессантов растительного происхождения, которые в связи с малой дозировкой активных веществ наиболее адекватны в лечении психосоматических расстройств у детей.

Следует знать, что иногда при назначении антидепрессантов у некоторых больных спустя 5–7 дней от начала лечения отмечается усиление соматических нарушений. Это расценивается многими врачами как ухудшающие прогноз побочные явления, а по существу является показателем терапевтической эффективности препарата, т.к. существует принцип обратного соотношения выраженности аффективной и соматической патологии. В данном случае не рекомендуется отменять препарат, так как может произойти возврат к преж-

нему состоянию. Необходимо принять тактику либо выжидания, либо увеличения дозы антидепрессанта, но не отмены препарата.

При усилении тревожной и вегетативной симптоматики с началом применения антидепрессантов к схеме лечения добавляются транквилизаторы бензодиазепинового ряда (диазепам, феназепам, ксанакс и др.).

Таблица 2

**Схема лечения психосоматических расстройств
у детей и подростков**

Этапы. Длительность лечения	Варианты депрессии	
	Астенический, тоскливый	Тревожный
1-й этап (начальный) От 10–14 дней до 2–3 мес. с недельными перерывами	Фитопрепараты	
	<p>С антидепрессивным и стимулирующим действием</p> <p><i>1. Фитоадаптогены:</i> экстракт элеутерококка, левзеи, родионы, настойка лимонника, заманихи, женьшеня, масло ветивера и др. Назначаются в возрастных дозах (капля на год жизни), 2 раза в день — утром и в обед, за 30 мин до еды</p> <p><i>2. Фитоседатики:</i> Назначаются: в половинных возрастных дозах, 3 раза в день — утром, днем и вечером, за 30 мин до еды</p> <p><i>3. Фитобиостимуляторы:</i> зверобой, чистотел, дягиль, девясил, лаванда в настоях или отварах, настойка аралии (после 14 лет), сапарал 0,05 в таблетках (по 1 таблетке 2 раза в день — утром и в обед, гелариум, деприм-300 в таблетках</p>	<p>С антидепрессивным и седативным (противотревожным) действием</p> <p><i>1. Фитоседатики:</i> настойка валерьяны, пустырника, пассифлоры, новопассит, отвары или настои корневищ синюхи лазурной, настои успокаивающих сборов Назначаются в возрастных дозах, 3 раза в день — утром, днем и вечером, за 30 мин до еды</p> <p><i>2. Фитоадаптогены:</i> Назначаются в половинных возрастных дозах, 2 раза в день за 30 мин до еды</p> <p><i>3. Фитобиостимуляторы</i></p>

Окончание таблицы 2

2-й этап В случае недостаточной эффективности фитотерапии после двухнедельного лечения (можно после недельного перерыва в лечении)	Антидепрессанты (см. табл. 3)	
	Со слабым седативным или стимулирующим действием без холинолитического	С седативным характером действия
	Транквилизаторы (см. табл. 4)	
	В основном дневного действия: мебикар, мезапам, седуксен (реланиум) и др.	Тазепам, нозепам, элениум, реланиум
	Ноотропы	
С выраженным активирующим действием: ноотропил (пирацетам), пиридитол, сермион и др.	С седативным эффектом: пантогам, глицин и др.	
	Нейролептики (по показаниям)	
3-й этап	<p>1. Психотерапия (ее начало возможно уже на 1-м или 2-м этапах)</p> <p>2. Физioterпевтическое лечение. <i>Электросон</i> 5–10 Гц (постоянный ток с прямоугольными импульсами при частоте импульсного тока 5–10 Гц, с увеличением в процессе лечения до 15–20 Гц). Продолжительность воздействия — 20–40 мин, через день, курс лечения — 8–10 сеансов. <i>Электрофорез</i> (вводится по глазозатылочной методике с положительного полюса, при плотности тока 0,03 мА/см²) в течение 15–20 мин ежедневно, курс лечения — 12–15сеансов</p> <p>3. Водолечебные процедуры</p> <p>4. Массаж</p>	

Таблица 3

Возрастные дозы антидепрессантов, применяемых у детей и подростков с психосоматическими расстройствами

№	Название препарата	Механизм действия	Интервал возрастных суточных доз (среднемаксимальные), мг		
			3–6 лет	7–14 лет	15–18 лет
1.	Амитриптилин (триптизол, амизол, саронтен, саротекс, эливел)	ТАД*	6,25–12,5	12,5–75,0	25,0–125,0
2.	Имипрамин (мелипрамин, имизин, тофранил)	ТАД	–	12,5–50,0	25,0–125,0
3.	Кломипрамин (анафранил, кломинал)	ТАД*	–	12,5–75,0	25,0–125,0
4.	Доксепин (синекван)	ТАД	6,25–12,5	12,5–50,0	25,0–125,0
5.	Миансерин (миансан, леривон)	ТАД*	–	–	10,0–90,0
6.	Дезипрамин (петилил, пертофран)	ТАД	–	–	25,0–125,0

Окончание таблицы 3

7.	Тримипрамин (герфонал)	ТАД*	–	–	25,0–125,0
8.	Тианептин (коаксил, стаблон)	ТАД	–	–	12,5–37,5
9.	Пипофезин (азафен)	ТАД	6,25–12,5	12,5–50,0	25,0–125,0
10.	Фенелзин (нардин)	ИМАО	–	–	7,5–30
11.	Ниаламид (нуредал)	ИМАО	–	–	12,5–50
12.	Моклобемид (аурорикс)	ИМАО	–	–	12,5–75
13.	Пароксетин (паксил)	СИРС	–	–	10,0–40,0
14.	Сертралин (золофт)	СИРС	–	–	25,0–100,0
15.	Флуоксетин (прозак, портал, продеп)	СИРС	–	–	20,0–40,0
16.	Флувоксамин (феварин)	СИРС	–	–	25,0–100,0
17.	Циталопрам (ципрамил)	СИРС	–	–	20,0–40,0
18.	Мапротилин (ладисан, лудиомин)	тетрацикл.	–	12,5–25,5	12,5–50,0

* отмечены антидепрессанты с седативным характером действия

Таблица 4

Транквилизаторы, наиболее часто применяемые при терапии психосоматических расстройств у детей и подростков

№	Название препарата	Интервал возрастных суточных доз (средне-максимальные), мг		
		3–6 лет	7–14 лет	15–18 лет
1	Альпразолам (ксанакс, кассадам, альзолам)	–	–	0,125–1,5
2	Диазепам (сиоазон, реланиум, седуксен, валиум, апаурин)		2,5–10,0	5,0–20,0
3.	Гидроксизин (атаракс)	25,0–50,0	25,0–100,0	50,0–100,0
4.	Ксанакс-ретард (альпразолам-ретард)	–	–	0,125–1,0
5.	Медазепам (рудотель, мезепам)	–	5,0–20,0	20,0–40,0
6.	Нитразепам (радедорм)	1,25–2,5	2,5–5,0	2,5–7,5
7.	Тофизопам (грандаксин)	–	25,0–50,0	50,0–100,0
8.	Феназепам	0,125–0,25	0,25–1,0	1,0–3,0
9.	Хлордиазепоксид (эленниум, либриум)	5,0–10,0	10,0–20,0	10,0–50,0

Таблица 5

**Нейролептические средства, применяемые при лечении
психосоматических расстройств у детей и подростков**

№	Название препарата	Интервал возрастных суточных доз (среднемаксимальные), мг		
		3–6 лет	7–14 лет	15–18 лет
1.	Алимемазин (терален)	0,5–5,0	5,0–15,0	10,0–20,0
2.	Галоперидол (сенорм)	0,1–0,3	0,75–4,5	1,5–9,0
3.	Сульпирид (эглонил)	25,0–50,0	50,0–100,0	50,0–200,0
4.	Сонапакс (меллирил)	5,0–30,0	10,0–75,0	25,0–125,0
5.	Неулептил (перициазин)	1,0–3,0	2,0–20,0	5,0–40,0

Общие принципы использования транквилизаторов у детей:

1. Лечение начинается с малых доз, доза осторожно и медленно повышается каждые 3–4 дня до достижения суточной терапевтической дозировки.

2. По окончании терапии дозы должны постепенно снижаться.

3. Родители ребенка (подростка) либо он сам должны быть заранее предупреждены о возможности побочных эффектов (мышечная релаксация, вялость, трудность концентрации внимания) особенно в первые дни приема препарата.

4. Чтобы избежать формирования зависимости, рецепт лучше выписывать на небольшое количество препарата.

5. Ребенка следует осматривать 1–2 раза в неделю.

6. Недопустимо монотонное назначение препарата в неизменной высокой дозе на срок более 3 недель.

7. Если необходим длительный курс лечения (2–3 мес. и более) в высоких дозах, то препараты и их дозы должны меняться или заменяться с перерывами.

Ноотропы с учетом типологического варианта дополнительно назначаются практически всем больным с психосоматическими расстройствами. При астеническом и тоскливом вариантах депрессии применяются ноотропы с выраженным активизирующим действием: ноотропил (пирацетам) до 800–1600 мг, пиридитол до 100–400 мг, сермион до 10–40 мг в сутки. При тревожной направленности депрессивных проявлений — пантогам по 50–100 мг, глицин по 100–300 мг, фенибут по 250–750 мг в сутки.

В случаях выявления у больных резидуально-органических поражений головного мозга необходимо проведение *дегидратационной* терапии. У детей младшего возраста лучше применять препараты растительного происхождения, обладающие мочегонным эффектом. В более старшем возрасте можно назначать фуросемид, диакарб — 0,5–1 таблетка утром по схеме с панангином (0,5 таблетки 3 раза в день), триампуром, верошпироном (1 таблетка в день).

При выраженных органических изменениях головного мозга должна проводиться рассасывающая терапия: экстракт алоэ, лидаза, стекловидное тело. Также обязательно назначение препаратов, улучшающих мозговое кровообращение (кавинтон, циннаризин, трентал, сермион, пикамилон).

ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Проведение психотерапии предполагает: обязательный учет при составлении индивидуальной программы всех основных характеристик как личности пациента, так и клинической картины психосоматического расстройства (клиническая форма, этап заболевания и ведущий психосоматический синдром, психопатологическая типология аффективного расстройства (депрессии), лежащего в его основе, сопутствующая психопатологическая и соматоневрологическая симптоматика, характеристика внутренней картины болезни).

1. *Индивидуальная* — разговорная — психотерапия (глубинно-психологическая или конфликтно-центрированная) основана на взаимодействии врача и личности больного. Этот метод целесообразно использовать на этапе индивидуального психологического консультирования, при выявлении психосоматических расстройств, а также при амбулаторных приемах во время катamnестического наблюдения. Основные задачи:

- глубокое изучение личности больного;
- выявление и изучение этиопатогенетических механизмов, способствующих возникновению и сохранению болезненного состояния;
- достижение осознания больным причинно-следственной связи между особенностями его системы отношений и заболеванием;

- помощь в разумном разрешении психотравмирующей ситуации;
- изменение взаимоотношений больного с окружающими, коррекция неадекватных реакций и форм поведения.

Практически во всех случаях индивидуальная психотерапия у детей и подростков должна сочетаться с *семейной* психотерапией, которая направлена на изменение совокупных и взаимосвязанных взаимоотношений, складывающихся в семье и обнаруживающих значимую связь с болезнью, лечением и социальным восстановлением больного. Многие психологические факторы, вызывающие отрицательное эмоциональное реагирование, формируются под воздействием семейного окружения, особенно в раннем детстве, в дошкольном и младшем школьном возрасте. Поэтому проведение семейной психотерапии при психосоматических расстройствах почти всегда является обязательным.

Цель семейной психотерапии — ориентация родителей и пра-родителей в вопросах воспитания, играющих значительную роль в формировании завышенного уровня притязаний и, как следствие, в возникновении эмоциональных нарушений, а также корректирование воспитательных подходов с устранением возникших личностных изменений и профилактикой неадекватных аффективных реакций.

2. *Суггестивная* психотерапия в форме внушения в гипнотическом или бодрствующем состоянии, аутогипноза направлена на улучшение настроения, ослабление болезненных ощущений и переживаний, оптимизацию состояния отдыха и мобилизацию резервных сил организма.

Весьма эффективным методом суггестивной психотерапии детей дошкольного и младшего школьного возраста является психическая саморегуляция с рекомендацией кратких и простых формул самовнушения, которую можно применять с пятилетнего возраста, а также внушение устами матери («материнский гипноз»).

3. *Рациональная* психотерапия предполагает логическое воздействие на психику больного с целью изменения неправильных представлений о проявлениях болезни и степени ее тяжести, помогает выработать лучшее понимание собственной жизненной ситуации и избрать более эффективные способы реагирования на нее.

4. *Нервно-мышечная релаксация и аутотренинг* направлены на релаксацию мускулатуры, нормализацию деятельности вегетативной нервной системы, эмоциональное равновесие.

5. *Поведенческая (бихевиоральная)* терапия модифицирует осознаваемые и неосознаваемые неадаптивные формы поведения по заранее составленной программе с помощью методов поощрения, наказания, принуждения и вдохновения.

6. *Игровая психотерапия* включает невербальные игры и основана на вербальных контактах с «десенсибилизирующим» характером. Способствует адаптации больных к реальным условиям жизни через этап игры в ситуациях, которые актуальны для них. К методам игровой психотерапии может быть отнесена сказкотерапия.

7. *Арт-терапия* (терапия изобразительным творчеством) используется в качестве средства общения, для получения расслабления, улучшения самооценки, преодоления страхов и психотравмирующих ситуаций, улучшения понимания и реагирования на проблемы. Средства арт-терапии могут быть различными: рисунок, лепка, танец и т.д.

8. *Имаготерапия* (символ-драма) позволяет детям и подросткам реализовать свои измененные представления в различных образах, что имеет как терапевтическое, так и диагностическое значение.

9. *Методы групповой психотерапии* применяются для устранения социальной изоляции детей или подростков и помогают им почувствовать, что они не одиноки со своими проблемами. Групповая психотерапия дает также возможность обсуждать стратегии преодоления трудностей и сравнивать их.

10. Проведение *музыкотерапии* эффективно во всех возрастных группах. Музыкотерапия оказывает успокаивающее или активизирующее влияние на эмоциональный статус ребенка, т.е. непосредственное лечебное воздействие, или выступает в качестве вспомогательного приема, сопровождающего другие психотерапевтические методы.

11. *Психоанализ* используется для понимания и интерпретации расстройств в целом и отдельных его проявлений, выявления подавленных или вытесненных комплексов, влечений, переживаний.

ПРОФИЛАКТИКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Профилактика психосоматических расстройств должна проводиться с учетом всех основных факторов патогенеза (психосоциальных, генетических, церебрально-органических) психогенной аффективной патологии.

Профилактика психосоматических расстройств у детей и подростков включает:

- достаточное общение ребенка с матерью (особенно на первом году жизни);

- грудное вскармливание до 1 года;

- коррекцию психического состояния матери (тревожности, пониженного настроения);

- адекватное воспитание ребенка (с умеренной дисциплиной, достаточным эмоциональным контактом между ребенком и родителями, особенно матерью, и обязательным контактом со сверстниками).

- коррекцию социально-обусловленного дизонтогенеза (чаще в виде акцентуированных черт характера) с помощью психотерапевтического воздействия.

- коррекцию биологически (церебрально-органически) обусловленного психического дизонтогенеза (пороков развития головного мозга, обусловленных поражением генетического материала, внутриутробными нарушениями: токсикозами беременности, инфекциями, различными интоксикациями гормонального и лекарственного происхождения; патологией родов, инфекциями, интоксикациями и травмами раннего постнатального периода, следствием которых является резидуально-органическая недостаточность головного мозга — минимальная мозговая дисфункция) путем назначения на первом году жизни фитопрепаратов дегидратирующего (фитодиуретиков — отвар или настойка боярышника, настоек соцветий клевера), успокаивающего (мед, настой или настойка валерианы, пустырника, травы тысячелистника, мордовника, отвары пиона декоративного, шишек хмеля), вегетостабилизирующего и общеукрепляющего действия (настойка элеутерококка, боярышника, настоек листьев мелиссы, аминокислот — глицин (аминоуксус-

ная)), лимонтар (лимонная и янтарная кислоты). Детям старше 5 лет из вегетостабилизаторов можно назначать в возрастных дозах ноотропил, сермион, пикамилон, пантогам, стугерон, кавинтон как ангиопротекторы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, психосоматические расстройства у детей и подростков являются одной из наиболее распространенных форм патологии детского возраста. Подавляющее большинство больных с этими нарушениями обращаются за помощью к врачу-интернисту, а не к психиатру. Поэтому умение правильно диагностировать и строго индивидуализировано и рационально сочетать базисную биологическую терапию с психотерапевтической коррекцией и психофармакотерапией позволяет добиться значительных успехов в лечении этих расстройств.