

**Ю. А. Фесенко**

# **ВОЗРАСТНАЯ ФИЗИОЛОГИЯ И ПСИХОФИЗИОЛОГИЯ: ЭНУРЕЗ И ЭНКОПРЕЗ У ДЕТЕЙ**

**ПРАКТИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ**

**2-е издание**

**Книга доступна в электронной библиотечной системе  
[biblio-online.ru](http://biblio-online.ru)**

**Москва ■ Юрайт ■ 2019**

УДК 612+612.821  
ББК 28.707.3  
Ф44

**Автор:**

**Фесенко Юрий Анатольевич** — доктор медицинских наук, профессор, академик РАЕ, профессор кафедры клинической психологии факультета клинической психологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, профессор кафедры коррекционной педагогики и коррекционной психологии факультета дефектологии и социальной работы Ленинградского государственного университета имени А. С. Пушкина, заместитель главного врача Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина.

**Фесенко, Ю. А.**

Ф44      Возрастная физиология и психофизиология: энурез и энкопрез у детей : практ. пособие / Ю. А. Фесенко. — 2-е изд. — М. : Издательство Юрайт, 2019. — 168 с. — (Серия : Профессиональная практика).

ISBN 978-5-534-07953-1

Пособие написано Юрием Анатольевичем Фесенко, доктором медицинских наук, главным детским психиатром Санкт-Петербурга, профессором факультета клинической психологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического университета, академиком, заслуженным деятелем науки и образования РАЕ, детским психотерапевтом и психиатром, врачом высшей категории, занимающимся изучением и лечением психических расстройств у детей в Центре восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина более 30 лет.

В нем рассмотрены основные компенсаторные механизмы головного мозга ребенка, описаны наиболее распространенные пограничные нервно-психические расстройства — энурез и энкопрез, связанные с минимальной дисфункцией мозга, и вопросы лечения детей, страдающих этой патологией.

Автор приводит собственные данные по методам компенсации рассматриваемых пограничных расстройств, в том числе с использованием обратной связи, фармакологического регулирования под контролем электроэнцефалограммы, рефлексотерапии, разнообразных психологических способов воздействия. На основании полученного опыта делается вывод, что все рассматриваемые заболевания являются нервно-психическими расстройствами, связанными с резидуальным поражением различных структур головного мозга, и нарушенным на этой основе взаимодействием между структурами мозга, обеспечивающими процессы речи, памяти, интеллектуального развития ребенка.

*Книга адресована родителям, врачам-практикам (психиатрам, неврологам, психотерапевтам) и психологам, интересующимся вопросами возникновения, течения и терапии энуреза и энкопреза.*

УДК 612+612.821  
ББК 28.707.3



*Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав. Правовую поддержку издательства обеспечивает юридическая компания «Дельфи».*

ISBN 978-5-534-07953-1

© Фесенко Ю. А., 2010  
© Фесенко Ю. А., 2018, с изменениями  
© ООО «Издательство Юрайт», 2019



## Оглавление

|                                                                                                   |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Введение.....                                                                                     | 5   |
| Глава 1. Пограничные психические расстройства<br>и минимальная дисфункция мозга (МДМ) .....       | 9   |
| Глава 2. Энурез .....                                                                             | 36  |
| Глава 3. Сон, его механизмы и особенности у детей.<br>Нарушения сна.....                          | 49  |
| Глава 4. Энкопрез.....                                                                            | 65  |
| Глава 5. Коррекция энуреза и энкопреза традиционными<br>методами: комплексный способ лечения..... | 83  |
| Глава 6. Коррекция энуреза и энкопреза методом<br>рефлексотерапии.....                            | 137 |
| Вместо заключения .....                                                                           | 152 |
| Литература .....                                                                                  | 158 |



## Введение

В 2003 году у меня вышла книга «Энурез у детей: традиционные и нетрадиционные методы терапии». Она была переиздана в 2005 году, и потребность в книгах, посвященных такой «горячей» тематике (и для специалистов, и — особенно! — для родителей), как недержание мочи, до сих пор не удовлетворена. И в самом деле, трудно найти хотя бы десяток серьезных публикаций об энурезе (ночном недержании мочи) и, тем более, об энкопрезе. Я, занимаясь более 20 лет лечением детей с пограничными психическими расстройствами, в том числе с энурезом и энкопрезом, учился на, пожалуй, единственной монографии, ставшей уже раритетной, в которой на самом доступном и в то же время глубоко научном языке раскрыты основные механизмы возникновения энуреза. Речь идет о книге А. Ц. Гольбина «Патологический сон у детей». Доктор Гольбин, как и я, работал в легендарном (не побоюсь этого слова) городском отделении по лечению неврозов у детей, основанном и возглавляемом долгие годы выдающимся психотерапевтом Виленином Исаковичем Гарбузовым, ставшим моим и учителем, и другом, и (отдельная благодарность!) рецензентом этого издания. Отделение, вырастившее целую плеяду абсолютно разносторонних в научных интересах ученых (В. Е. Каган, А. И. Захаров, А. Ю. Панасюк), занимало видное место в Ленинграде, потому что всем специалистам города было известно: это то учреждение, где непременно помогут ребенку с самой тяжелой формой заикания, тиков, невроза, энуреза и энкопреза. А. Ц. Гольбин стал первым электрофизиологом отделения, что было невероятно современным в те годы. Это ведь было время, когда впервые в практическое здравоохранение пришел известный в мире с начала XX века метод электроэнцефалографии (ЭЭГ). Надо сказать, что положение дел с оснащенностью учреждений здравоохранения диагностической аппаратурой оставалось незавидным еще лет пятнадцать: в 1986 году, когда я пришел работать в отделение неврозов и прошел обучение функциональной диагностике — ЭЭГ в НИИ им. Турнера, во всем городе было лишь 6 (!) аппаратов ЭЭГ, что подтверждает уникальность исследований Гольбина в то время. Ведь он произвел более 2000 (!) ночных электроэнцефалограмм, т. е. делал записи ночью, во время сна ребенка с нарушениями сна (в том числе и с энурезом). На огромном клиническом материале были получены эвристические данные, которые раскрыли тайны не только самого заболевания, но и сна — второй, не менее значимой части нашей с вами жизни. Не случайно А. Ц. Гольбин, переехав в США, был признан ученым такого масштаба, что полу-

чил место ведущего специалиста-исследователя базы НАСА на мысе Канаверел, и сравнительно недавно увидел свет его научный труд «Психиатрия сна».

Я всегда использовал данные, полученные А. Ц. Гольбиным, в лечении таких детей, видя, что именно нейрофизиологический подход к диагностике нарушений у больного ребенка позволяет добиваться при лечении наилучших результатов в кратчайшие сроки. Но, понимая, что эти данные, являясь, хотя и базовыми, все же нуждаются в дальнейшей разработке (тем более, что с 1990-х годов появились методики исследований, намного превосходящие возможности своих предшественниц), я попытался развить их и получить не менее важные сведения, но основанные уже на современном подходе к изучению пограничных психических (резидуально-неврологических) расстройств. Осуществлению этого в немалой степени способствовала подготовка и защита мною кандидатской диссертации.

Волею судеб я познакомился с сотрудниками Института экспериментальной медицины РАМН — одного из старейших научных учреждений нашего города. Учреждения, в котором работал великий русский ученый с мировым именем Иван Петрович Павлов, чье научно-практическое наследие до сих пор является основой нейрофизиологии. Моим научным руководителем стал человек энциклопедических знаний и неимоверного трудолюбия — Михаил Иванович Лохов, доктор биологических наук, старший научный сотрудник Физиологического отдела им. И. П. Павлова, мой многолетний соавтор. Он занимался исследованием и лечением заикания у взрослых, одного из самых тяжелых по течению и проявлениям пограничных состояний. Михаил Иванович, получив авторский патент, добился в лечении заикания по своей методике (основанной на нейрофизиологических механизмах работы ЦНС) уникальных результатов: количество полностью излеченных пациентов достигало 75 % (!), в то время как статистические данные по нашей стране и по зарубежью свидетельствовали, что лишь 20 % заикающихся, подвергавшихся терапии по различным методикам, полностью излечивались. Придя в Физиологический отдел (он располагался в «Башне молчания», построенной принцем Ольденбургским специально для проведения исследований И. П. Павловым, расположенной в нескольких метрах от знаменитого «Памятника собаке Павлова», воздвигнутому в благодарность тем животным, которые способствовали рождению и развитию отечественной и мировой науки) со своим уже немалым опытом лечения пограничных психических расстройств, в том числе и заикания, но у детей, я познакомился с большими учеными, одним из которых был Н. Н. Василевский — доктор медицинских наук, чл.-корр. РАМН, занимавшийся, помимо прочего, космической медициной. Это был прекрасный человек, к несчастью, безвременно ушедший из жизни, у которого я перенял «модель» отношения к научным изысканиям, увлеченности ими, умение делать умо-

заключения (Николай Николаевич стал в 1995 году оппонентом моего научного исследования).

Защитив диссертацию на тему «Психофизиологический анализ функционального состояния мозга при заикании и некоторых пограничных расстройств у детей 5—8 лет», и показав в ней высокую эффективность лечения при использовании нового нейрофизиологического подхода к диагностике и коррекции патологических проявлений при заикании (она у детей была еще выше — до 90 % полных излечений!), мы с М. И. Лоховым стали активно переносить полученный уникальный опыт на разработку диагностических и лечебных схем для других монополярных пограничных психических расстройств детского возраста, в том числе — для энуреза, который был не меньшим, чем заикание, «бичом» для детей и их родителей, такой же серьезной проблемой в сфере нарушений высшей нервной деятельности, крайне резистентным (устойчивым) к терапии, наносящим тяжелую психологическую травму и больному ребенку, и его близким. Результатом такой работы стали наши книги, увидевшие свет в 2000, 2005, 2007, 2008 и 2009 годах («Заикание и логоневроз. Диагностика и лечение», «Плохой хороший ребенок» (1-е, 2-е, 3-е издания), «Энурез у детей: традиционные и нетрадиционные методы терапии» (1-е и 2-е издания), «Заикание: неврология или логопедия?», «Монополярные пограничные психические расстройства у детей», «Интеллект ребенка», «Между здоровьем и болезнью»), моя докторская диссертация «Исследование резидуально-неврологических синдромов у детей (новые подходы к диагностике и лечению заикания, гиперактивности, тиков и энуреза)», защищенная в ГМУ им. И. П. Павлова в 2005 году, но самое главное — тысячи вылеченных пациентов с заиканием, тиками, синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), энурезом и энкопрезом, причем в сроки, более короткие, чем обычно, и с незначительным числом рецидивов (возвратом симптомов страдания), что характерно для пограничных расстройств.

Что касается энкопреза (недержания кала), то тут ситуация еще более запутанная. Большие труды по этой проблеме найти еще сложнее. Не знаю, с чем это связано, но мне кажется, что, во-первых, нет полной ясности, что такое энкопрез; во-вторых, лечить это заболевание очень трудно и не очень приятно (энкопрез, при том, что он «с запахом» и его сложно «спрятать», родители пациентов скрывают «до последнего», и, как это ни странно, «держатся за симптом вместе со своим ребенком», о чем я расскажу в отдельной главе); в-третьих, пытаются лечить «отсутствие навыков опрятности», «дурную привычку», чем энкопрез в принципе не является. Кроме этого, проблема энкопреза «съехала» на узкоспециализированный уровень: его пытаются лечить «узкие» специалисты — проктологи, вертебрологи, неврологи, психотерапевты, физиотерапевты, гомеопаты и т. д., причем в одиночку, отвергая комплексность, игнорируя специалистов других областей медицины, особенно психиатров.

Во всех моих перечисленных выше книгах энкопрез почти не рассматривался, хотя отдельные статьи по данной патологии, небольшие вставки в главы книг были. Поэтому я попытаюсь, систематизировав имеющиеся данные, рассказать о своем взгляде на это непростое заболевание.

Объединение энуреза и энкопреза в одном издании не случайно. Помимо того, что они довольно часто «сопровождают» друг друга (у одного ребенка есть сразу и недержание мочи (нередко еще и дневное) и недержание кала), эти два синдрома выступают как «единство противоположностей»: они схожи («течь нижнего этажа») и различны по этиологическим (по происхождению) и патогенетическим (по механизму возникновения и протекания) конструкциям. Учитывая сказанное, я желаю и себе, и Вам, читатель, разобраться в сути проблемы, обозначенной в названии этой книги.

# Глава 1

## ПОГРАНИЧНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И МИНИМАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ МОЗГА (МДМ)

Без этой главы понять, что собой представляют энурез и энкопрез, на мой взгляд, невозможно. В принципе то, о чем будет в ней рассказано, является основой основ той части психиатрии, которую принято называть «малой психиатрией», включающей в себя все пограничные состояния, состояния между большой психиатрической (и неврологической) патологией и малой, между здоровьем и болезнью.

*Пограничные психические расстройства* детского возраста, к которым, помимо прочих, относятся заикание, синдром нарушения (дефицита) внимания с гиперактивностью (СНВГ или СДВГ), тикозные расстройства, энурез и энкопрез, а также неврозы, являются самыми распространенными видами заболеваний. По данным разных источников, ими страдает более 20 % детей в возрасте от 3 до 11 лет [Александровский Ю. А., 1993, 2000; Пальчик А. Б., Шабалов Н. П., 2000; Лазебник Т. А. и др., 2002; Пальчик А. Б., 2002]. К сожалению, этот процент имеет тенденцию к увеличению, и это говорит об актуальности проблемы исследования и лечения таких расстройств. Интересно, что увеличение общего количества лиц с психиатрической патологией в последние десятилетия происходит именно за счет пограничных расстройств (процент психозов остается на одном и том же уровне во все годы прошедшего и начавшегося столетий!).

Понятие о резидуальных формах нервно-психических или пограничных расстройств используется, по мнению ведущих специалистов в этой области [Александровский Ю. А., 2000, 2005; Гарбузов В. И., 2001; Голубев В. Л., Вейн А. М., 2003; Скоромец А. А. и др., 2005], для отделения их от психотических проявлений на основе общих патогенетических факторов и клинических особенностей.

Пограничные психические расстройства, согласно МКБ-10 (международная классификация болезней 10-го пересмотра), относятся к разделу «Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте». Интересно, что в МКБ-9 (предыдущей классификации болезней) они входили в раздел «Невротические расстройства, психопатии и другие психические расстройства непсихотического характера», что, по моему мнению, более точно отражает характер этой группы расстройств. Все ука-



занные заболевания в психиатрической и неврологической практике характеризуются широко распространенным и устойчивым термином «пограничные психические расстройства». Этот термин используется, по мнению Ю. А. Александровского, ведущего специалиста в этой области медицины в России сегодня, для обозначения «нерезко выраженных нарушений, граничащих с состоянием здоровья и отделяющих его от собственно патологических психических проявлений, сопровождающихся значительными отклонениями от нормы» [Александровский Ю. А., 2000]. Пограничные расстройства объединяются в одну группу на основе ряда характерных признаков, ведущими из которых являются:

- невротический уровень психопатологических проявлений в динамике болезни;

- четкая связь расстройств с вегетативными дисфункциями и патологией сна;

- большое влияние психогенных факторов на возникновение болезни;

- выявление в большинстве случаев минимальной дисфункции мозга (МДМ) — органической составляющей, способствующей развитию болезни;

- сохранение больными критического отношения к своему состоянию.

Вместе с тем при пограничных состояниях отсутствуют психотическая симптоматика, нарастающее слабоумие и личностные изменения, характерные для эндогенных психических заболеваний (например, для шизофрении).

Перечисленные выше характерные признаки пограничных расстройств детского возраста дополняются рядом широко распространенных так называемых моносимптоматических заболеваний в виде заикания, синдрома нарушения внимания с гиперактивностью (СДВГ), тиков, энуреза и других поведенческих реакций «протеста», которые сигнализируют о патологическом развитии личности.

Наибольший вклад в изучение пограничных психических расстройств, по моему убеждению, внес Ю. А. Александровский, упомянутый выше. Юрий Анатольевич, член-корреспондент РАМН, д.м.н., профессор, мой двойной тезка, для меня — один из тех ярких учителей, которые дали толчок моему научному мышлению, на которых хочется равняться. Сегодня он по-прежнему научно активен, является ведущим специалистом государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского.

Вышедшая в 2006 году под редакцией Ю. А. Александровского в рубрике «Антология отечественной медицины» книга «Пограничная психиатрия» объединила в себе более 100 работ ведущих отечественных психиатров, неврологов, физиологов второй половины XIX и начала XX столетия (П. К. Анохин, В. М. Бехтерев, П. Б. Ганнушкин, С. С. Корсаков, Р. А. Лурия, В. Н. Мясищев, В. П. Сербский, И. А. Сикорский, Г. Е. Сухарева и многие другие), заложивших основы особой области учения о психических заболеваниях — пограничной психиатрии.



В этом издании Ю. А. Александровский пишет: «Наиболее важным следствием любого пограничного психического расстройства является развитие у больного в той или иной мере выраженной временной или затянувшейся социальной адаптации» [Александровский Ю. А., 2006], чем и подчеркивает тот факт, что здоровый — всегда социально адаптирован, и пограничное состояние «определяет» человеку то место, которое «расположено» именно между здоровьем и болезнью.

Пограничные состояния составляют группу достаточно специфических психопатологических проявлений, объединяемых схожестью тенденций развития синдромогенеза. Часть больных находится под наблюдением психиатров или психотерапевтов, значительное же их число, как свидетельствует специальный анализ, наблюдаются в общей медицинской практике или вообще не получают врачебной помощи. Многие лица с различными невротическими и психопатическими расстройствами вообще не предъявляют по этому поводу жалоб врачам, как вследствие непонимания болезненного характера имеющихся нарушений, так как из-за страха перед обращением в психиатрический диспансер в связи с боязнью связанных с этим социальных ограничений. Учитывая включение в число «пограничных» многочисленных групп больных, прежде всего с психогенно обусловленными невротическими нарушениями и личностными декомпенсациями, а также с невротическими нарушениями, невротоподобными и психопатоподобными расстройствами при соматических, неврологических и других заболеваниях, многие исследователи нередко обозначают их как пограничные нервно-психические или психоневрологические расстройства. При такого рода терминологическом сочетании «психические» нарушения как бы «разбавляются» неврологическими расстройствами, более «престижными» для ряда больных и их родственников, чем реально существующие психопатологические проявления.

С учетом понимания ведущей роли, обуславливающей возникновение пограничных состояний и течение собственно психической патологии, вероятно, более правомерно целенаправленно использовать для всей группы рассматриваемых патологических состояний название «пограничные психические расстройства» [Александровский Ю. А., 2006, с. 11]. И далее Ю. А. Александровский говорит о том, что, на мой взгляд, самое важное для этой группы заболеваний: «Они (пограничные психические состояния) как бы разделяют состояния психического здоровья с основными психическими расстройствами. При этом сплошной непреходимой “границы” как между состоянием здоровья и пограничными психическими расстройствами, так и между ними и психозами не существует. В практике имеется множество переходных симптоматических и синдромологических образований, характерных как для психотических, так и непсихотических (в основном пограничных) психических расстройств. При их дифференциально-диагностическом анализе наиболее верным методологическим подходом... является динамическая оценка развития того или иного симптомокомплекса,

его связь с личностно-типологическими особенностями больного и другими имеющимися психическими нарушениями, соматическими и неврологическими расстройствами... Поэтому, понимая всю значимость психогений в происхождении пограничных состояний, их роль нельзя абсолютизировать. Она всегда кроется в индивидуально значимых вариациях психогенного (экзогенного) и эндогенного начала» [Александровский Ю. А., 2006, с. 12].

Первые клинические проявления пограничных психических расстройств отмечают в раннем детском возрасте, когда, несмотря на часто выраженные яркие симптомы (запинки в речи, гиперактивность, тики, недержание мочи, кала и др.), диагностика заболевания в целом затруднена из-за особенностей развития ЦНС в каждом индивидуальном случае [Ковалев В. В., 1979; Бадалян Л. О. и др., 1980; Айрапетянц М. Г., Вейн А. М., 1982; Бадалян Л. О., Скворцов И. А., 1986; Шамансуров Ш. Ш. и др., 1995; Бадалян Л. О., 2000; Лебединский В. В., 2004]. Поэтому ключом для точной диагностики должна быть оценка динамики того или иного болезненного симптома, анализ причин его возникновения, а также взаимосвязи индивидуально-типологических особенностей личности ребенка с ее психопатологическими проявлениями.

Причиной пограничных психических расстройств, которые, как уже было сказано выше, условно объединены в одну группу на основе общих этиопатогенетических факторов и особенностей их клинических проявлений, и дифференцируются в рамках отдельных нозологических состояний (например, тики, энурез, энкопрез, заикание, нарушения сна, гиперактивность, неврозы), являются вредности, повреждающие мозг ребенка во внутриутробном, перинатальном и раннем (до 2 лет) постнатальном периодах развития [Ковалев В. В., 1979; Исаев Д. Н. и др., 1983; Ратнер А. Ю., 1995; Фесенко Ю. А., 2007]. С. С. Мнухин относил к ним ранние органические поражения, возникавшие до полного формирования мозговых систем, т. е. до трех лет жизни ребенка [Мнухин С. С. и др., 1961]. В. В. Ковалев (1979), напротив, считал, что для возникновения резидуально-органических психических расстройств возрастных границ не существует и все органические поражения у детей переходят в резидуальную (остаточную) стадию.

С. С. Мнухин — виднейший советский психиатр, выдающийся ученый и педагог, талантливый врач, обладавший тонкой клинической интуицией и даром эвристического мышления, организатор нервно-психиатрической помощи, основатель ленинградской школы детских психиатров, профессор, с 1942 и до 1970 года заведовал кафедрой психиатрии Ленинградского педиатрического медицинского института. Деятельность С. С. Мнухина пришлась на такое время, когда знания о детской психопатологии только собирались, поэтому все решавшиеся им теоретические и клинические проблемы в этой области легли в фундамент нарождающейся науки — детской психиатрии. Диапазон научных интересов профессора Мнухина включал самые актуальные вопро-

сы: резидуальные состояния детского возраста, проблемы врожденного и приобретенного слабоумия, эпилепсии, детского церебрального паралича, раннего аутизма и сходных состояний, детской шизофрении и органических психозов. Фигура С. С. Мнухина стала краеугольным камнем не только для детской психиатрии Ленинграда, но и для страны в целом. При Самуиле Семеновиче продолжились начатые еще Р. Я. Голант (первая заведующая детским отделением Психоневрологического института, сейчас — НИПНИ им. В. М. Бехтерева) исследования в области психоморфологического направления (изучались вопросы локализации нервно-психических расстройств в их возрастном аспекте). Работы Самуила Семеновича Мнухина о клинике и течении резидуально-органических поражений головного мозга у детей и подростков, клинко-физиологической классификации умственной отсталости, периодических органических (диэнцефалопатических) психозах у подростков, о границах шизофрении у детей и другие принесли ему заслуженные почет и уважение многочисленных учеников и последователей. В этом году Центру восстановительного лечения «Детская психиатрия», где я работаю, присвоено имя С. С. Мнухина, чем все мы, его последователи, гордимся.

Как уже было сказано, С. С. Мнухин относил к резидуальным нарушениям ранние органические поражения, возникавшие до полного формирования мозговых систем, т. е. до трех лет жизни ребенка. Эта форма описывается под различными названиями: «инфантильный и ювенильный органический синдром», «синдром органического дефекта», «минимальная мозговая дисфункция», «ранний детский органический психосиндром», «синдром резидуальной церебрастении с запаздыванием школьных навыков», «функционально-динамические расстройства интеллектуальной деятельности после перенесенных инфекций и травм ЦНС».

При церебрастенических состояниях на первый план выступают повышенная утомляемость и истощаемость при незначительных физических и психических нагрузках, особенно в младшем школьном возрасте, когда ребенку предъявляют не только повышенные, но и новые требования. Интеллектуальная недостаточность при этом определяется неравномерной, колеблющейся работоспособностью, низкими общими показателями деятельности, замедленным темпом усвоения школьного материала. Картина церебрастении может усложняться расстройством формирования корковых функций. В этих случаях речь идет о тех вариантах церебрастении, которые С. С. Мнухин называет «резидуальной церебрастенией с нарушениями развития школьных навыков». В структуре церебрастенического синдрома у этих детей отмечают: затруднения в анализе и синтезе пространственных отношений (ориентировка в сторонах тела, конструирование пространственных фигур, складывание разрезных картинок); нарушения праксиса, которые проявляются в затруднениях при выполнении проб на воспроизведение и дифференцировку ритмов, в недостаточной автоматизации речевых

рядов, неспособности быстро заучить алфавит. В период школьного обучения у детей долго не автоматизируются навыки чтения и письма. При письме под диктовку у таких детей наблюдаются дисграфические ошибки акустического и оптического характера. Вместе с тем клинико-психологическое обследование, проводимое после отдыха и лечения, обнаруживает у этих детей хотя и невысокую, но достаточную способность к абстрактному мышлению.

При психоорганических синдромах наряду с явлениями церебрастении могут наблюдаться другие психопатологические симптомы, характерные для резидуальной стадии органического поражения мозга. У одних больных выступают явления вялости, замедленности и слабости побуждений. В таких случаях интеллектуальная деятельность значительно нарушена. При выполнении трудных заданий, связанных с интеллектуальным напряжением и концентрацией внимания, нарастают симптомы вялости, усиливается замедленность, появляется инертность, склонность к персеверативности. Поведение этих детей вне школы характеризуется пассивностью, малой инициативностью, хотя у части из них медлительность, инертность в интеллектуальных видах, деятельности сосуществуют с двигательной расторможенностью, болтливостью в играх и спонтанном поведении.

При другом варианте психоорганического синдрома на первый план выступают симптомы психомоторной расторможенности и нарушения целенаправленной деятельности. В период школьного обучения это проявляется недостаточной: способностью к организованной деятельности. Интеллектуальная продуктивность при этом отличается неравномерностью, но она в меньшей степени обусловлена повышенной утомляемостью и истощаемостью, чем у детей с церебрастенией, а страдает вследствие сниженной критики, недостаточно развитых интеллектуальных интересов, чувства ответственности. Поведение характеризуется беспокойством, суетливостью, некритичностью, недостаточным чувством дистанции. Эмоциональные реакции этих детей менее дифференцированы и глубоки по сравнению как со здоровыми детьми, так и с детьми, у которых имеется психический инфантилизм. У некоторых из них может наблюдаться расторможенность низших влечений. Так же как у больных с церебрастеническим синдромом, клиническая картина психоорганических синдромов может осложняться расстройствами высших корковых функций, вызванными последствиями раннего органического поражения головного мозга [Мнухин С. С., 1968].

Таким образом, описанные С. С. Мнухиным синдромы аналогичны тем, которые сегодня характеризуют понятие пограничных психических (резидуально-неврологических) расстройств детского возраста.

Не следует забывать, что резидуально-органические поражения головного мозга являются одним из наиболее важных факторов в развитии неврозов, психопатий, в возникновении эпилепсии; они нередко изменяют классическое течение шизофрении. Тенденция к увеличе-



нию доли резидуальных нервно-психических расстройств в противовес невротическим (заикание, тики, энурез, энкопрез, нарушения сна, поведенческие и эмоциональные нарушения) явно прослеживается в последние десятилетия [Александровский Ю. А., 1993, 2000; Корнев А. Н., 1997; Самуэльс, 1997; Бадалян Л. О., 2000; Фесенко Ю. А., 2009].

Одну из наиболее интересных психофизиологических теорий этиологии пограничных психических расстройств, в том числе эуреза и энкопреза, выдвигает врач и научный исследователь С. Гроф. Используя свой колоссальный опыт по исследованию психоделических состояний, вызванных применением ЛСД, или сходных состояний, вызванных глубоким учащенным дыханием (так называемым холотропным дыханием), он выдвинул новую гипотезу о влиянии процесса рождения на психику человека и ее патологии [Grof S., 1992]. По Грофу, физиологический процесс родов оставляет глубокий след в подсознании человека. Этот след фиксируется в четырех (в соответствии с этапами родовой деятельности) базовых перинатальных («вокруг родов») матрицах (БПМ).

Так, БПМ-3 (третья базовая перинатальная матрица) — след, связанный с процессом непосредственно родовой деятельности. Сокращения матки продолжают, однако шейка матки раскрыта, и плод постепенно продвигается по родовому каналу. Продолжается ограничение притока крови к мозгу плода, вызванное спазмами матки. Кроме того, на этой стадии может наблюдаться полное пережатие пуповины (она попадает между головой плода и тазовыми костями матери, особенно если таз узкий), и захлестывание пуповины вокруг шеи плода, иногда многократное, что усугубляет ситуацию «удушения». БПМ-3 проявляется в воспоминаниях ситуаций, связанных с борьбой индивида за жизнь, или эпизодов игры (или спортивных состязаний) на грани жизни и смерти (драки, военные эпизоды, альпинистские эпизоды, азартные игры с большими ставками, сексуальные моменты большой напряженности и т. п.). У женщин — это воспоминания о ситуациях рождения собственного ребенка. БПМ-3 может служить матрицей развития шизофренических психозов с элементами садомазохизма, тревожной депрессии, сексуальных отклонений, невроза навязчивых состояний, тиков, заикания, психогенной астмы, истерии, мигрени, энуреза и энкопреза.

Таким образом, развитие энуреза и энкопреза, по Грофу, связано с БПМ-3, т. е. непосредственно с завершающим процессом родовой деятельности — прохождением плода по родовому каналу. Трудностям этого процесса могут способствовать как психологическая неподготовленность матери к родам, так и неудачное анатомическое строение скелета в области тазовых костей. Не секрет, что образцом женской фигуры для западной культуры последних десятилетий стала фигура с узкими бедрами, анатомическим строением, совершенно не приспособленным для родовой деятельности. Отсюда и возросший процент длительных

родов, различные виды родовспоможения в виде психофармакологической стимуляции, применения щипцов, ручного выдавливания и т. п., что отрицательно сказывается на здоровье ребенка и матери.

Гроф предполагает, что «переживание настоящего момента искажено частичным проникновением опыта, полученного при рождении... Эмоции и телесные ощущения, которые должны быть полным соответствием рождению, становятся в другом контексте психопатологическими симптомами. Такой человек... в определенном смысле как бы застревает в родовом канале и еще не родился» [Grof, 1992, с. 246].

Здесь я должен сказать о **невропатии**, как одной из самых распространенных форм болезненно повышенной нервной чувствительности в раннем детстве. Она была впервые выделена Э. Крепелиным и обозначена им как конституциональная (врожденная) *нервность*, или *невропатия*. В настоящее время термин «невропатия» имеет два значения. Первое относится к конституционально обусловленным состояниям повышенной возбудимости нервной системы в сочетании с ее повышенной истощаемостью; наблюдается в раннем детстве и используется главным образом в медицине раннего детского возраста. Второе — общее название поражения периферических нервов дистрофического характера с полиморфной клинической картиной.

Поисковые системы Интернета на ключевое слово «Невропатия» дают несколько десятков тысяч блогов, посвященных определениям и трактовкам в этих двух значениях, в том числе «Невропатия в психиатрии» — несколько тысяч. Анализ указанных работ свидетельствует о противоречивости взглядов на это расстройство. Несмотря на многолетнее изучение проблемы и накопленный значительный материал, уточняющий ее различные аспекты, многие вопросы до конца не решены. Прежде всего отсутствует общепринятый взгляд на само понимание невропатии, ее критерии и динамику; требует уточнения клинико-психопатологические различия, обусловленные особенностями этиопатогенеза; недостаточно ясны ее взаимоотношения с таким эволюционно-динамическим фактором, как онтогенетический. В этом контексте следует признать, что проблема невропатии продолжает оставаться для детской психиатрии достаточно актуальной.

Первые исследования, посвященные невропатии в отечественной детской клинике, были проведены в начале прошлого века Т. П. Симсон и Н. И. Озерецким. В последующих работах таких видных детских психиатров, как Г. Е. Сухарева (1959), С. С. Мнухин (1968), Д. Н. Исаев (1977), В. В. Ковалев (1979), Г. В. Козловская, Е. И. Кириченко (1982), А. И. Захаров (1988); В. И. Гарбузов (1990) и др., посвященных проблеме невропатии, было конкретизировано клиническое содержание понятия невропатии, положено начало систематизации ее клинических форм. Исходом в разработке типологии невропатии послужило выделение Т. П. Симсон, наряду с ее конституционально-генетической формой, экзогенной невропатии, которая обусловлена недоразвитием или повреждением отдельных систем головного мозга. В настоящее

время невропатия в отечественной литературе рассматривается как группа синдромов различного генеза.

Моя научная и практическая деятельность, а также результаты большинства исследователей, изучавших проблему невропатии, дают основание полагать, что в ее основе лежит врожденное либо рано приобретенное (до 2—3 лет) состояние незрелости вегетативной регуляции с повышенной возбудимостью и истощаемостью. Проведенный анализ литературы свидетельствуют о том, что клинико-психопатологические проявления невропатии в рамках ее общих диагностических признаков описываются однотипно и выглядят следующим образом: начало заболевания обязательно в младенчестве («врожденная детская нервность») или в раннем детском возрасте («приобретенная детская нервность»); симптоматика складывается из соматовегетативных расстройств (нарушения сна, расстройства пищеварения, нарушения мочеиспускания и дефекации, нарушения терморегуляции), соматической ослабленности организма, обусловленной снижением его реактивности, защитных и иммунных сил, двигательных расстройств (двигательное беспокойство, гиперактивность, психомоторные нарушения — тики, заикание, энурез, энкопрез). Наибольшее значение в структуре синдрома имеет незрелость вегетативной регуляции, повышенная нервно-психическая возбудимость и повышенная истощаемость. Прослеживается тесная связь динамики синдрома с биологическим созреванием центральной нервной системы. По мере взросления ребенка синдром либо исчезает, либо заменяется другой симптоматикой, при этом легкая недостаточность в поврежденной сфере может наблюдаться в течение всей жизни.

С клинических позиций наиболее обоснованной представляется типология В. В. Ковалева (1979) в виде трех невропатических синдромов: синдром истинной невропатии, синдром органической невропатии, синдром невропатии смешанного генеза.

В изучении невропатии, возникающей в результате экзогенно-органических воздействий в перинатальном и раннем постнатальном периоде, большой вклад внесли отечественный детские психиатры С. С. Мнухин, Г. Е. Сухарева, В. В. Ковалев, Е. И. Кириченко, Г. В. Козловская и др. Как считают большинство авторов, при органической невропатии ее признаки наблюдаются с рождения и включают симптомы как невропатии, так и органического поражения центральной нервной системы. Такая структура симптомокомплекса в его клиническом понимании некоторыми авторами рассматривается как психоневрологический синдром.

Приоритет в постановке многих вопросов проблемы резидуально-органических психических расстройств у детей все же принадлежит С. С. Мнухину, о работах которого я уже рассказывал выше. В созданную им клинико-физиологическую классификацию автор включает «органические», или «резидуальные» невропатии, главным проявлениям которых он считает: повышенную возбудимость и неустойчивость вегетативных реакций, нарушение сна, аппетита, чувстви-



ность к любым внешним раздражителям, неустойчивость настроения, наличие рассеянных неврологических симптомов. Близкое описание органической невропатии дают Е. И. Кириченко и Л. Т. Журба (1976), наблюдавшие таких детей с первых дней жизни уже в родильном доме. Наблюдавшимся у них признакам невропатии они дали определение «невропатоподобные состояния», или органическая невропатия (по С. С. Мнухину). В. В. Ковалев (1979, 1985) рассматривает органическую невропатию как синдром, который входит в структуру резидуально-органических нервно-психических расстройств, возникающих в результате внутриутробных и перинатальных органических поражений головного мозга.

Многолетнее изучение проблемы резидуально-органических нервно-психических расстройств свидетельствует о том, что органическая невропатия является первым этапом в дальнейшем развитии различных резидуально-органических психосиндромов [Буторина Н. Е., Ретюнский К. Ю., 2005; Буторина Н. Е., 2007]. Суммируя диагностические описания органической невропатии, приведенные в специальной литературе, и данные собственных исследований, были сформулированы ее основные диагностические критерии, которые включали: общие диагностические критерии невропатического синдрома; сочетание невропатической и резидуально-неврологической симптоматики, входящей в структуру резидуально-органических психосиндромов. Синдром органической невропатии возникает в результате внутриутробных, натальных и постнатальных органических поражений головного мозга, обнаруживается сразу после рождения; невропатическая симптоматика зависима от неврологических нарушений, она груба и монотонна, психические процессы инертны; наблюдается быстрая истощаемость; повышенная возбудимость, эмоциональная лабильность, склонность к невропатическим реакциям; нередко обнаруживается задержка развития эмоционально-волевых функций по типу органического инфантилизма (по С. К. Лебединской) и интеллекта (легкие расстройства познавательной деятельности в рамках ММД); коэффициент интеллектуального развития (IQ) в пределах нормы (85–115). Невропатия, в том числе ее органическая форма, как самостоятельное синдромально очерченное болезненное расстройство возникает у детей раннего возраста (до 3 лет) и в дальнейшем нередко оказывает влияние на формирование чаще всего пограничных психических расстройств. Раннее выявление невропатического синдрома имеет важное не только прогностическое, но и профилактическое значение.

К сожалению, невропатия исключена из диагностических рубрик МКБ-10, несмотря на то что в детской психиатрии этот диагноз в ряде стран до сих пор применяется в клинической практике. Считается, что невропатический симптомокомплекс (как негативно-дизонтогенетический синдром, по В. В. Ковалеву) входит в качестве первоначального этапа в патокинез (пато + греч. *Kinesis* — движение: смена стадий, клинических синдромов) многих психических расстройств детского

и подросткового возраста. Как я полагаю, диагноз невропатии как клиническая реальность имеет право на существование в диагностических категориях классификации расстройств, преимущественных для детского возраста и относящихся к нарушениям психологического развития. Как и МДМ — минимальная дисфункция мозга (также исключенная из рубрик МКБ-10!).

Пионером среди врачей, которые связывают патологию в развитии речи, чтения и письма с резидуальными (остаточными, сохранившимися) поражениями мозга был Orton [Orton S., 1937]. Он обобщил результаты своих многолетних исследований в широко известной на Западе монографии. При этом он во многом опирался на наблюдения нейрохирурга Blan, описавшего изменения поведения детей после различных травм головы. Последующие сравнительные наблюдения над поведением доношенных и недоношенных детей установили связь нарушений поведения с локализацией мозговых патологий [Strauss A. A., Lethinen L. C., 1947; Strauss A. A. et al., 1955], которые стали называть легкими, или *минимальными, дисфункциями мозга* (ЛДМ, или *МДМ*). В целом антенатальные (внутриутробные), натальные (во время родов) и ранние постнатальные (после рождения) поражения мозга чаще всего приводят к трем различным вариантам клинических проявлений, которые зависят от степени и расположения повреждений:

- тяжелые нарушения моторики, которые могут сопровождаться дефектами интеллекта различной степени — типичная картина детского церебрального паралича (ДЦП);
- состояния, при которых на первый план выступают дефекты интеллекта и могут обнаруживаться более легкие, чем при ДЦП, нарушения моторики;
- легкие повреждения мозга без резко выраженных нарушений моторики и интеллекта, с четкой психопатологической картиной.

В середине XIX века немецкий врач-психоневролог Генрих Хоффман первым описал чрезмерно подвижного ребенка и дал ему прозвище Непоседа Фил. С 60-х годов XX века врачи стали выделять такое состояние как патологическое и называли его минимальные мозговые дисфункции (минимальное расстройство функций мозга).

С точки зрения неврологии под МДМ подразумеваются все мелкие повреждения мозга, возникшие по тем же причинам, что и ДЦП, служащие базой для развития основных заболеваний, проявляющихся в различной форме. У недоношенных детей гипоксические (связанные с кислородной недостаточностью) повреждения захватывают в основном перивентрикулярную зародышевую ткань (подкорковые структуры мозга). У детей, родившихся в срок, чаще всего поражается кора головного мозга. Такие резидуальные повреждения часто становятся своего рода переходным этапом между острым и хроническим поражением мозга, классифицируются у детей как энцефалопатии, а у взрослых — как врожденная слабость нервной системы. Они как раз

и составляют основу МДМ. Наиболее опасными периодами для таких поражений считаются поздние стадии беременности и роды, что подтверждается ЭЭГ-исследованиями и результатами компьютерной томографии [Коновалов А. Н., Корниенко В. Н., 1985; Лукачар Г. Я. и др., 1994; Брызгунов И. П., Касатикова Е. В., 2002; Кропотов Ю. Д., 2005; Bloom F. et al., 1988; Levy F., 1998].

Если вспомнить периоды развития интеллекта по Пиаже [Piaget J., 1994, 1997], то в каждом подпериоде развития ребенка от рождения до 7 лет, у детей с МДМ имеются своеобразные отклонения от нормы. Так, в сенсомоторной фазе развития (до 18 месяцев) у них обнаруживается нарушение координации движений, нарушение ритма, который, по Пиаже, «лежит в основе всякого движения, включая движения, в которые, в качестве составной части, входит моторный навык» [Piaget J., 1994, с. 228]. В фазе речевого развития (от года до полного развития речи) у детей с МДМ часто наблюдаются задержки в проявлении разговорной речи. При этом появление первых слов происходит в срок (в год), но затем следует длительный период «немоты», когда ребенок понимает обращенную к нему речь и жестами выражает свои намерения, но молчит. В фазе предоперационного интеллекта (восприятия) ребенок начинает познавать мир опосредованно, без одновременной двигательной активности (с 2,5 до 4—6 лет). В это время у детей с МДМ часто наблюдаются нарушения видеомоторной координации, зрительной и слуховой интеграции, нарушения звукопроизношения, которые классифицируются в логопедии как дислалии разной степени тяжести. И наконец, в фазе конкретных операций (с 6—7 лет и далее), когда происходит объединение опыта и накопленных знаний с генетическими способностями, для детей с МДМ выявляются специфические нарушения в учебе, поведении и общении с социальным окружением [Яременко Б. Р. и др., 1999].

По классификации NJNDB, 1966, распределение признаков МДМ на категории выглядит следующим образом [Trjesoglava Z., 1986, с. 24].

1. Данные психологических тестов, характеризующих психическую деятельность (теста Векслера и др.), неоднозначны: в одних субтестах оценки низкие, в других — высокие.

2. Нарушения восприятия и образования понятий: нарушена способность различать размеры, правую и левую стороны, верх и низ; плохая ориентация в пространстве и времени; часто наблюдаются специфические расстройства чтения и письма (например, зеркальное написание букв и слов).

3. Специфические неврологические признаки. Значительные отклонения встречаются крайне редко. Выявляются пограничные нарушения: асимметрия рефлексов, легкие нарушения зрения или слуха, леворукость или смешанная латеральность, гиперкинезия или легкая гипокинезия, нарушение тонкой моторной координации.

4. Нарушения речи и слухового восприятия. Проявляются различные формы развития афазии, отмечается медленное развитие речи, легкое снижение слуха и небольшие неправильности речи.

5. Нарушение двигательных функций. Атетоидные, хореоподобные и ригидные движения, тремор, позднее развитие двигательных функций, неуклюжесть, тики, нарушения тонкой или выраженной видеомоторной координации.

6. Нарушения в обучении. На первом месте нарушения чтения, счета, письма, правописания, рисования и особенно обведения контуров. Трудности в организации работы и выполнения ее заключительной части.

7. Нарушения мышления. Крайне низкая способность к абстрактному мышлению, трудности в образовании понятий, слабая кратковременная и долговременная память. Характерным является «плавающее» мышление.

8. Физическая характеристика. Сюда относят ряд невротических признаков: обкусывание ногтей, сосание большого пальца, кивки головой, неправильный прием пищи, замедленное развитие гигиенических навыков, легкая утомляемость, частое ночное недержание мочи.

9. Характеристика эмоционально-волевых свойств. Высокая импульсивность и возбудимость, низкий уровень контроля за своим поведением, раздражительность.

10. Характеристика сна. Ритм сна чаще всего неправильный (сонливость утром, активность в вечерние часы), во время сна ребенок очень подвижен, сон или очень поверхностный, или очень глубокий. Автоматическое поведение перед сном (раскачивание головой или всем телом). Меньшая потребность во сне по сравнению со здоровыми детьми.

11. Способность вступать в контакт с окружающими. Отмечается плохая способность вступать в контакт с детьми того же возраста. Дети с МДМ очень раздражительны в играх. Лучше чувствуют себя в компании 1—2 детей, чем в большом коллективе. Стремятся к контакту с детьми, младшими по возрасту. Навязчиво ласковы со сверстниками.

12. Нарушения физического развития. Физическое развитие обычно неправильное. Соматическое развитие в некоторых случаях может быть даже ускоренным. Задержка созревания в функциональном плане.

13. Характеристика социального поведения. Общественное поведение ребенка находится на более низких ступенях, чем его интеллектуальное развитие. Поведение часто не соответствует ситуации, ребенок не признает авторитетов.

14. Изменения личности. Дети характеризуются большой доверчивостью, часто подражают сверстникам и старшим товарищам. Озлобленность и раздражительность могут быстро сменяться повышенным вниманием к окружающим. Трудно переносят изменения, держатся за привычное. Испытывают тягу к положительной оценке своего поведения, отличаются неверной самооценкой.

15. Нарушения сосредоточенности и внимания. Часто проявляется чрезмерная рассеянность, нарушена способность концентрации внимания, наблюдается моторная и речевая вязкость.



С целью уточнения данных международной классификации Тржесоглава обследовала 324 ребенка школьного возраста и получила следующий порядок проявления отдельных признаков:

1. Нарушение внимания в 93 %. Не могут сосредоточиться и поддерживать концентрацию внимания в течение времени, характерного для их возраста. Не умеют отключаться от воздействия различных раздражителей внешней среды.

2. Гиперактивность в 80 %. Часто связана с повышенной разговорчивостью. Однако в 20 % встречалась гипоактивность.

3. У 77 % отмечалось более пяти легких неврологических нарушений: нарушение ассоциативных движений, подергивание мышц лица, грудной клетки, тремор пальцев рук, гиперкинезы, нарушения сухожильных рефлексов, координации движений.

4. Эмоциональная лабильность наблюдалась в 71 %. Она сопровождалась повышенным беспокойством и выраженными невротическими проявлениями во всех возрастных группах. Часто меняется настроение, тяжело переживаются неудачи, на которые дети реагируют или повышенной раздражительностью, или чувством страха; наблюдается повышенная плаксивость.

5. Нарушение восприятия и образования понятий были отмечены у 68 % детей. Наибольшей степенью поражения характеризовался зрительный анализатор. Дети оказывались неспособными обводить контуры рисунка, рисовать предметы, различать размеры и направления. Они плохо ориентировались в пространстве, не могли отличить часть от целого, неправильно читали буквы, на слух плохо различали отдельные согласные, плохо воспроизводили ритм.

6. В 66,5 % случаев наблюдалась повышенная импульсивность. Дети вступали в контакт и общались без всякого контроля, неадекватно ситуации и собственным возможностям. При этом они не осознавали вины и считали, что к ним плохо относятся.

7. Отмечалась повышенная утомляемость — в 65,7 % психическая и в 30 % физическая, хотя ребенок оставался гиперактивным. При этом наблюдались головные боли (29 %) и инфантильное поведение (63 %). Нарушения речи и произношения наблюдалось у 50 %, а у 26—40 % встречались специфические нарушения — дислексия и дисграфия.

Другие обследования [Matejsek M., 1974], проведенные среди школьников, выявили, что у детей с МДМ отмечалась задержка развития речи (30 %), нарушения произношения (53 %), нарушение фонации и ускоренный темп речи (10 %), логоневроз (20 %). На основании исследования речи и письма у детей 2—3-х классов начальной школы было обнаружено, что при письме на первый план выступает задержка анализа фонетических образований. Слуховая дифференцировка нарушена, что в сочетании с нарушениями тонких движений неблагоприятно влияет на качество письма: нарушена ритмика и наклон письма. Кроме того, у 50 % детей с дислексией в анамнезе обнаружены сведения о пре- и перинатальных повреждениях.



Многие исследователи утверждают, что МДМ может быть этиологическим фактором нарушений речи, и подтверждают это результатами наблюдений. Так, проводилась оценка развития речи в 802 детей с МДМ. Какие-либо нарушения речи отмечались у 83 % обследованных. Более частые проявления нарушения речи отмечались у мальчиков. Имела место задержка развития речи, заикание, наличие аграмматизмов, ротацизмов, мутизмов, аудиогенной дислалии и дизартрии [Беккер К., Совак М., 1981; Корнев А. Н., 1997]. Известные специалисты по развитию и патологии речи прямо отмечают, что ЛДМ (легкая дисфункция мозга) является этиологическим и патогенетическим фактором практически всех нарушений развития речи [Лохов М. И., 1994, 1996; Ноговицин В. А., 1999; Wu J. C., Maguire G., Riley G. et al., 1997].

Отечественные исследователи [Бадалян Л. О., Журба Л. С. и др., 1980; Бадалян Л. О., 2000] проводили комплексное обследование детей с МДМ и нарушениями речи по ЭЭГ и ЭХО-ЭГ. Были обнаружены достоверные корреляции между двумя группами, что также указывает на наличие органических поражений мозга при речевых нарушениях.

Социальные конфликты, как одна из составляющих неврозов, при нарушениях функций ЦНС попадают на благоприятную почву. Поэтому у детей вторичная невротизация, как следствие дисфункции мозга, начинается уже в раннем возрасте. З. Тржесоглава [Trjesoglava Z., 1986, с. 53] выделяет типичные, по ее мнению, для МДМ неврологические признаки:

1. Невротические привычки в виде онихофагии (обкусывание ногтей), сосания большого пальца, постоянного сжимания пальцев и многочисленных стереотипных движений (кивания головой, наклоны туловища и т. п.). Все это расценивается как проявление внутреннего напряжения.

2. Боязливость, которая очень часто встречается в качестве единственного отличительного признака.

3. Повышенная психическая утомляемость, жалобы детей на усталость и головные боли.

4. Нарушение сна, обычно сразу после рождения ребенка. Нарушения ритма сна: сонливость днем, бодрствование ночью, позднее засыпание с тяжелым подъемом утром.

5. Нарушение аппетита.

6. Навязчивые тики, чаще всего на лице, но иногда на туловище и шее.

7. Заикание, которое встречается значительно чаще, чем у детей в контрольной группе. Тики и заикание, по мнению автора, являются проявлениями недостаточной координации и повышенной возбудимости.

Значительные нарушения встречаются при выполнении одной из главных составляющих теста Керна — Йерасика — рисунка фигуры человека. Типичные особенности рисунков детей с МДМ (6—10 лет) Тржесоглава суммирует следующим образом: 1) выраженная диспро-

порция отдельных частей тела (кисти отличны одна от другой, один ботинок больше другого, непропорционально большая или маленькая голова, гигантские пальцы, слишком длинная шея или тело); 2) неправильное присоединение различных частей тела (плечо присоединено к шее или пояснице); 3) отсутствие принципиальных деталей, которые ребенок знает и может хотя бы приблизительно изобразить (отсутствуют нос и рот, одно плечо, одна нога, волосы только на половине головы), что отражает нарушение внимания; 4) примитивное изображение отдельных частей тела (виллообразные кисти, птичьи ноги, чрезмерно широкое округлое туловище и т. д.); 5) причудливые формы различных частей тела, использование геометрических фигур (круглые плечи, треугольное туловище; нос, обращенный кверху); 6) ригидность, стереотипность, прилипание внимания (чрезмерно длинный ряд пуговиц, излишнее число пальцев, два носа и т. д.); 7) часто неадекватное выделение деталей (плечи, пальцы); 8) плохая координация (качество линий и их взаимосвязи); 9) иногда неправильное положение фигуры в пространстве, затруднения с использованием площади листа бумаги, выраженный наклон фигуры.

По сходным нарушениям в рисунках известный чешский психоневролог Шванцара оценивал признаки наличия органических повреждений мозга [Svancara J. et al., 1978].

Сегодня существует устойчивое мнение, что МДМ «является объективным выражением патологической почвы, необходимой для развития пограничного состояния» [Александровский Ю. А., 2000, с. 24], что подтверждается микроневрологической симптоматикой, обнаруживаемой (особенно в детском возрасте) достоверно чаще у больных пограничными расстройствами, чем в контрольных группах, до настоящего времени не существует объективных методик, наглядно показывающих влияние таких нарушений на развитие функциональной деятельности головного мозга в целом.

Однако современными средствами межструктурное взаимодействие корковых зон головного мозга в той или иной степени может быть выявлено, например, по результатам компьютерного кросскорреляционного анализа ЭЭГ-активности. Применение корреляционного метода к анализу ЭЭГ было обосновано еще родоначальником кибернетики Н. Винером в 30-е годы XX века. При корреляционном анализе производится исследование изменений процесса во времени, что позволяет определить временные отношения двух или более процессов по их фазовому сдвигу или сдвигу максимума кросскорреляционной функции, а также количественно оценить степень связи или сходства процессов в разных точках (структурах) ЭЭГ. Кроме того, оценивается наличие или отсутствие в ЭЭГ периодического процесса, период ритмических колебаний и устойчивость обнаруженной периодики [Русинов В. С. и др., 1987; Зенков Л. Р., 1996, 2001].

Чтобы сделать изложение последующего материала более доступным для понимания, необходимо рассказать об основных характе-

ристиках метода электроэнцефалографии (ЭЭГ). *Электроэнцефалография* — метод исследования электрической активности головного мозга, заключающийся в регистрации и изучении разности электрических потенциалов, отводимых от различных точек на поверхности головы. Кривая, представляющая собой запись колебаний электрических потенциалов мозга («энцефалона» — по латыни), носит название *электроэнцефалограммы (ЭЭГ)* и отражает динамику изменений функционального состояния отдельных участков мозга.

Среди многочисленных способов объективной регистрации работы мозга электроэнцефалография занимает особое место. Во-первых, это самая первая объективная методика обследования мозга. Во-вторых, это самая доступная методика исследования работы головного мозга, широко применяющаяся для обследования больных более 50 лет. Наконец, в-третьих, что может быть самое важное, это уникальная методика прямого отображения функционирования мозга. Последнее обстоятельство стало особенно заметным с применением компьютерной электроэнцефалографии (КЭЭГ), которая позволила широко использовать метод для исследования функциональных (или пограничных) расстройств нервной системы: невротических, психических, эмоциональных нарушений и нарушений процессов памяти. Кроме выбора тактики лечения указанных расстройств, КЭЭГ отводят важное место в выборе фармакологических препаратов для лечения, а также их оптимальных дозировок.

ЭЭГ является результатом электрической суммы элементарных процессов, протекающих в нервных клетках головного мозга. Так как эти клетки работают в значительной степени независимо, всякое отклонение от случайного распределения их активности будет зависеть от состояния мозга и от внешних или внутренних воздействий на активность нервных клеток в различных структурах головного мозга. Кроме того, так как активность каждой отдельной клетки отражает процессы по переработке и передаче информации, суммарная активность клеток в той или иной степени будет отражать те же процессы для скоплений клеток в структурах головного мозга.

В норме разность потенциалов на поверхности головы человека не превышает 100—150 мкВ, что в 10—15 раз меньше, чем разность потенциалов, отведенная непосредственно от поверхности коры головного мозга. Это объясняется ослаблением, усреднением и шунтированием (частичным замыканием) электрических сигналов при прохождении через оболочки, окружающие мозг (жидкость, кости черепа, кожа головы и т. д.). При этом высокочастотные потенциалы ослабляются значительно больше, чем низкочастотные. Для записи таких слабых потенциалов приходится применять усилители особого типа (так называемые дифференциальные усилители) с коэффициентом усиления от 100 000 и более. Кроме того, для ослабления помех от промышленных источников и электрической сети, применяют экранированные камеры, в которые помещают объект наблюдения.

С целью унификации полученных результатов записи ЭЭГ, Международная федерация обществ электроэнцефалографии и клинической нейрофизиологии приняла единую схему расположения электродов на голове, так называемая система «10—20». У каждого объекта исследований измеряют расстояние между впадиной на переносице (назион) и костистым бугром на затылке (инион), а также между правой и левой ушными ямками, расположенными под мочкой уха. Первые ряды электродов от указанных выше ориентиров располагаются на удалении 10 % замеренных расстояний. Расстояние между последующими рядами электродов составляют 20 % той же длины (соответственно в продольной или поперечной плоскостях). Электроды, расположенные над левым полушарием мозга, обозначают нечетными номерами, а над правым — четными. Латинскими буквами перед цифрами условно обозначают соответствующие зоны мозга: О — затылочная область, F — лобная, P — теменная, T — височная, C — область центральной борозды. Буквой А обозначают электроды, расположенные на мочке уха, которые используются при монополярном отведении. Буквой Z (вместо цифры) обозначают отведение от верхушки черепа.

Практика электроэнцефалографии имеет свой терминологический язык, знакомство с которым полезно для понимания последующего изложения материала книги.

*Амплитуда* — величина потенциала (напряжения) ЭЭГ волн в микровольтах (мкВ), измеренная от пика до пика волны.

*Эпоха* — интервал времени записи ЭЭГ.

*Индекс ритма* — время наличия определенного ритма по отношению ко всему времени регистрации ЭЭГ, выраженное в процентах.

*Основные ритмы* — ритмы ЭЭГ, согласно международной федерации обществ электроэнцефалографии и клинической нейрофизиологии: *дельта*-ритм — 0,5—4 Гц; *тэта*-ритм — 4—8 Гц; *альфа*-ритм — 8—13 Гц; *бета 1*-ритм — 13—20 Гц; *бета 2*-ритм — 20—30 Гц; *гамма*-ритм — 31—60 Гц.

*Асимметрия* — отсутствие сходства, соразмерности потенциалов в одноименных структурах двух полушарий мозга.

*Корреляция* — мера зависимости между двумя переменными величинами.

*Коэффициент корреляции* — численный показатель связи между двумя случайными величинами.

*Кросскорреляционная функция* — зависимость величины коэффициента корреляции между значениями двух процессов от сочетания моментов их регистрации; используется для оценки степени связи двух процессов и их фазовых отношений.

*Доминирующий ритм* — ритм (или активность), преобладающий по индексу или амплитуде на протяжении анализируемого отрезка записи ЭЭГ.

*Спайк или пик* — одиночное колебание потенциала длительностью 30—60 мс.



*Диффузные изменения активности* — несинхронизированные изменения биоэлектрической активности, наблюдаемые в какой-либо области мозга.

*Фоновая активность* — электрическая активность мозга в состоянии пассивного бодрствования с закрытыми глазами, на фоне которого обычно осуществляется запись.

*Пароксизм* — появление на фоне доминирующего ритма активности другой частотной компоненты с амплитудой, превышающей фоновую активность.

*Функциональная нагрузка* — воздействие на организм с целью выявления особенностей ответных реакций, по которым оценивается функциональное состояние системы; при записи ЭЭГ используются в качестве основных функциональных нагрузок фоностимуляция (звуковое воздействие), фотостимуляция (световое воздействие) и гипервентиляция.

*Гипервентиляция* — регулярное глубокое дыхание в течение нескольких минут (обычно 3 мин, в последнее время для детей — 1—1,5 мин, что считают достаточной нагрузкой); эффект гипервентиляции связан с церебральной гипоксией (кислородным голоданием), развивающейся вследствие рефлекторного спазма артериол и уменьшения мозгового кровотока в ответ на снижение  $CO_2$  в крови.

Оценку ЭЭГ, даже компьютерной, проводят экспертным способом, так как до сих пор не разработано эффективных машинных программ, позволяющих сделать грамотное заключение по тем или иным отклонениям записи от условной нормы. Сама по себе условная норма тоже не может быть четко описана из-за наличия многих индивидуальных черт в каждой конкретной ЭЭГ. Поэтому на основании многолетнего клинического опыта принято несколько практических характеристик, отличающих патологию от нормы. Ясно также, что обнаружение в записи ЭЭГ таких характеристик пока напрямую связано с практическим опытом врача функциональной диагностики. Компьютерный анализ ЭЭГ значительно облегчает поиск патологии, но ни в коем случае не заменяет собой опытного специалиста, не заменяет так называемой экспертной оценки ЭЭГ.

Описание записи ЭЭГ производят по некоторым критериям — алгоритму описания. На первом этапе просматривают всю запись целиком, чтобы составить о ней общее впечатление, которое для специалиста является зачастую решающим в отношении отличия нормы от патологии. На втором этапе пытаются выявить тонкие изменения биоэлектрической активности, сопоставляя отдельные фрагменты фоновой записи с фрагментами записи при функциональных нагрузках, а в случае компьютерной ЭЭГ, анализируют фрагменты записи вспомогательными математическими методами: применением *спектрального анализа*, *автокорреляционного* и *кросскорреляционного анализа* и т. д. На третьем этапе проводят систематизацию полученных результатов и составляют заключение, отвечающее принятому алгоритму описания ЭЭГ.



Во врачебном заключении указывают: наличие (или отсутствие) и выраженность основного ритма биоэлектрической активности — *альфа-ритма*, его распределение и образ, симметричность по полушариям, форму волны (не искажена, искажена медленной активностью и т. п.), частоту ритма и ее стабильность, амплитуду, индекс в отведениях с наибольшей выраженностью ритма (за эпоху 10 сек и более); затем описывают другие доминирующие и субдоминирующие ритмы по правилам описания альфа-ритма. Отдельно описывают патологическую активность, особенно очаговые изменения ЭЭГ, а также изменения в ЭЭГ на применение функциональных нагрузок. В конце обязательно производят оценку тяжести изменений в ЭЭГ, их локализацию, клиническую интерпретацию и заключение по общему функциональному состоянию мозга. Изменения ЭЭГ обычно оценивают в терминах: в пределах нормы; легкие изменения; умеренные изменения; изменения средней степени тяжести; значительные изменения; тяжелые изменения ЭЭГ.

Итак, оценку каждой частотной компоненты ЭЭГ производят по ее амплитуде и представленности на ЭЭГ во времени. В условно принятой норме для взрослого человека *альфа-ритм* наблюдается в 85—95 % случаев, доминирует в затылочных областях мозга, убывает по амплитуде от затылка ко лбу, симметричен по частоте и амплитуде в обоих полушариях с незначительным превышением амплитуды в правом полушарии (из-за функциональной асимметрии мозга, связанной с большей активностью левого полушария). Частота альфа ритма лежит в пределах 8—13 Гц, амплитуда до 100 мкВ (обычно 40—60 мкВ), колебания в процессе записи не превышают 0,5 Гц, форма волны синусоидальная, образ — веретенообразный. При повышении функциональной активности мозга, даже в состоянии спокойного бодрствования с закрытыми глазами, например при интенсивной мыслительной деятельности, навязчивых переживаниях, чувстве страха и т. п., амплитуда альфа ритма резко уменьшается.

*Бета-ритм* имеет частоту 13—40 Гц, амплитуду до 15 мкВ (чаще 3—7 мкВ), регистрируется в области передних центральных извилин в лобных отделах мозга, симметричен по амплитуде в правом и левом полушариях.

Другая регулярная активность (помимо альфа- и бета-) в норме у взрослого человека не должна быть выражена. В задних отделах мозга могут наблюдаться редкие, не превышающие по амплитуде альфа-ритм, вспышки *тета-ритма* по 2—4 волны. В той же области могут регистрироваться редкие единичные разбросанные низкоамплитудные *дельта-волны* [Поворинский А. Г., Заболотных В. А., 1987; Зенков Л. Р., 1996].

ЭЭГ *детей* в некоторых аспектах существенно отличается от электроэнцефалограммы взрослых. Как говорилось выше, для взрослого человека в состоянии спокойного бодрствования с закрытыми глазами явной патологической активностью является любая регулярная медленноволновая активность в диапазоне тета- или дельта-волн, превы-

шающая по амплитуде 40 мкВ и занимающая более 15 % общего времени регистрации. Чем ниже частота (в пределах диапазона) и выше амплитуда медленных ритмов, тем более выражен патологический процесс. Вспышки и пароксизмы генерализованной медленноволновой активности появляются при патологических изменениях в глубоких структурах мозга. У новорожденных во всех областях регистрируются медленноволновые (1—3 Гц) низкоамплитудные (10—20 мкВ) колебания. Однако уже к 3 месяцам появляется ритмическая активность с частотой 4—6 Гц в затылочных областях коры, а к 6 мес. при направленной зрительной фиксации регистрируется ритмическая активность 6—8 Гц [Строганова Т. А., 1988]. В возрасте до 1 года происходит дальнейшее «созревание» альфа-ритмической активности в затылочных областях мозга с постепенным уменьшением дельта и тета-ритмической активности в других областях. Частота альфа-ритмической активности повышается до 7—8,5 Гц, но устойчивое ее повышение выше нижнего предела альфа диапазона (выше 8 Гц) наблюдается только после 8 лет. Окончательное формирование ЭЭГ по взрослому типу происходит после 16—18 лет [Зенков Л. Р., 1996].

На ЭЭГ ребенка, начиная с 1—3 лет, появляются полифазные потенциалы — сочетание альфа-волн с предшествующим или последующим за ней медленным колебанием. Комплекс может напоминать спайк-волну, так как его амплитуда доходит до 100 мкВ, а продолжительность наблюдения таких комплексов может длиться до 60 сек и более. Полифазные потенциалы регистрируются у детей почти в 70 % случаев, особенно в возрасте 9—10 лет, и не являются проявлением патологической активности [Благосклонова Н. К., Новикова Л. А., 1994]. В этом же возрасте наиболее выражен ответ на гипервентиляцию высокоамплитудными медленными волнами. Вообще высокоамплитудная медленноволновая активность наблюдается у детей, особенно младшего возраста, довольно часто (примерно в 20 % и более), и ее не принято считать проявлением патологии. Скорее всего, указанный факт характеризует динамику созревания корково-подкорковых взаимоотношений мозга, в ходе которой чрезмерная активность подкорковых отделов приводит к возникновению в ЭЭГ генерализованных вспышек тета-ритмической активности. Однако необходимо согласиться с тем, что «эти субклинические отклонения ЭЭГ могут представлять собой проявление нейрофизиологических дисфункций, которые при определенных условиях могут реализоваться в виде психоневрологической патологии» [Зенков Л. Р., 1996, с. 86]. Не менее актуально звучит и следующее высказывание цитируемого выше ведущего специалиста в области электроэнцефалографии: «Даже при полном внешнем клиническом здоровье обследуемого наличие патологических изменений на ЭЭГ следует рассматривать как признак латентной патологии, резидуального или еще не проявившегося поражения» [Зенков Л. Р., 1996, с. 89].

В этой связи нельзя не согласиться с Г. Н. Крыжановским, который отмечал: «Термины “очаг пароксизмальной активности” или “эпилеп-

тический очаг”, хотя и широко распространены в клинической практике, являются неудачными. С физиологической точки зрения грамотнее говорить о генераторе патологически усиленного возбуждения в той или иной структуре мозга. В противном случае все патологические проявления, вызванные такими генераторами, включая пограничные психические расстройства, следовало бы назвать “разновидностями эпилепсии”» [Крыжановский Г. Н., 1980, с. 124], что вступает в явное противоречие с синдромальной и нозологической спецификой. Однако термин *«пароксизмальная активность»* прочно вошел в медицинскую и физиологическую терминологию, практически полностью утратив свою эквивалентность термину «эпилептический очаг». При этом во всех случаях упоминания этого термина в тексте необходимо ставить знак равенства между ним и генератором патологически усиленного возбуждения или патологической доминантой.

Важно подчеркнуть, что в настоящее время преобладает общий теоретический подход к пограничным психическим (резидуально-неврологическим) заболеваниям как ***устойчивым патологическим состояниям***, определяемым работой так называемых детерминантных структур [Бехтерева Н. П., 1980, 1988; Крыжановский Г. Н., 1980]. Своими корнями этот подход уходит к концепции доминанты, разработанной в начале века выдающимися русскими физиологами Н. Е. Введенским и А. А. Ухтомским, и, по сути дела, мало, чем от нее отличается.

Взаимодействия между структурами во время доминанты складываются в процессе динамики выработки той или иной реакции организма на раздражители в зависимости от условий его деятельности и генетической программы. Показано, что каждый «условный рефлекс вначале является доминантой, прежде чем станет условным рефлексом» [Русинов В. С., 1969, с. 11]. Точно так же и всякое устойчивое патологическое состояние, как и всякая его определяющая констелляция детерминантных структур, в своем развитии проходят стадию доминанты. Причем этот процесс является динамическим: закрепившиеся, так называемые жесткие связи между структурами уже прошли стадию доминанты; связи, модулирующие работу мозга, так называемые гибкие связи, еще не прошли стадию доминанты. *Именно на эти связи может быть оказано внешнее лечебное воздействие, которое может перевести работу мозга на качественно иной, не патологический режим работы.* В частности, еще Н. В. Голиковым (1950) было доказано влияние навязанного внешнего ритма на становление и лабильность доминанты, на чем по сути дела основываются сейчас все инструментальные методики и методики лечения способом адаптивного биоуправления.

Если говорить о компьютерном кросскорреляционном анализе ЭЭГ, то он дает принципиально новые возможности исследования процессов двух точек мозга — позволяет количественно оценить степень сходства процессов или их связи, выявить общие компоненты и их соотношение, а также временные отношения разных ритмов. Вычисление кросскорреляционной функции позволяет раскрыть механизмы и пути форми-

рования функциональных связей между активностью разных отделов мозга.

Нами определено, что в основе патогенеза пограничных психических (резидуально-неврологических) расстройств лежит именно *нарушение функционального межполушарного и межструктурного взаимодействия*, так как в результате резидуальных органических поражений различных структур головного мозга создается некомпенсированная асимметрия во взаимодействии. В частности, при заикании такой структурой является преимущественно теменно-височно-затылочная область правого полушария мозга, поражение которой выявляется у 79 % заикающихся детей [Фесенко Ю. А., 1995, 2005, 2007; Лохов М. И., Фесенко Ю. А., 2000; Лохов М. И., Фесенко Ю. А., 2005, 2006].

В отличие от нормы, пограничные психические (резидуально-неврологические) расстройства можно определить как группу функциональных состояний, при которых нарушенное, главным образом из-за резидуальных поражений тех или иных структур, межполушарное взаимодействие может быть восстановлено только путем специальных внешних воздействий, активирующих резервный потенциал мозга. При этом главное внимание в терапии указанных расстройств следует обращать *на включение резервов мозга, а не на подавление проявившихся симптомов*, которые служат лишь сигналом наличия дисбаланса в межструктурных и межполушарных взаимодействиях и являются *одним из компенсаторных факторов*.

Результаты, представленные в предыдущих наших работах [Лохов М. И., Скоромец А. А., Фесенко Ю. А., 2005; Лохов М. И., Фесенко Ю. А., Щугорева Л. М., 2005; Фесенко Ю. А., 2007; 2009; Лохов М. И., Фесенко Ю. А., Рубин М. Ю., 2008; Лохов М. И., Фесенко Е. В., Фесенко Ю. А., 2008], позволяют сделать вывод, что во всех случаях пограничных психических расстройств обнаруживаются в явном виде нарушения связей (по сравнению с нормой) правой теменно-затылочной области с другими областями, а также между различными зонами коры головного мозга больного ребенка. Наиболее четко такие нарушения, выявленные по результатам кросскорреляционного анализа ЭЭГ, связаны с лобными отведениями, но в ряде случаев (например, при аутизме) могут быть предметом более тонкого анализа патологии межструктурного взаимодействия, на основе которого возможен индивидуальный подбор психофармакологических препаратов для направленной коррекции выявленных нарушений. Полученные нами результаты позволяют подойти к определению *нормы* в онтогенезе как к *саморегулируемому функциональному межполушарному взаимодействию*. При этом мозгом самостоятельно устраняется дисбаланс в межполушарном взаимодействии, источником которого является как неравномерное развитие разных структур, так и микротравмы, полученные в перинатальном периоде развития.

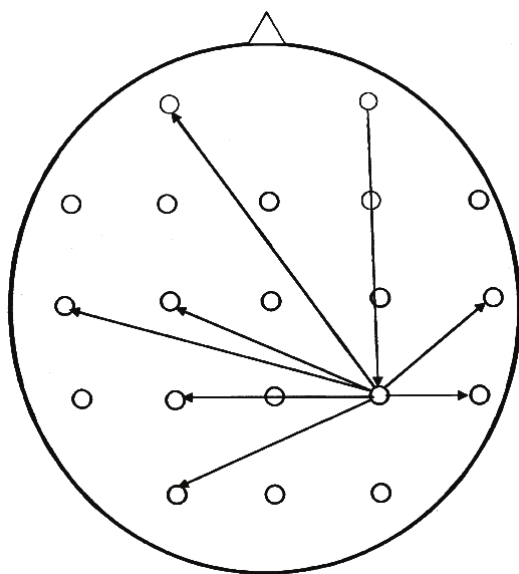
Применение компьютерного анализа ЭЭГ позволяет получить дополнительные и чрезвычайно важные результаты, касающиеся представ-



ленности тех или иных частотных диапазонов в различных структурах мозга, их спектральной мощности, наличия асимметрии, численного выражения индекса того или иного ритма в выбранных структурах и другие показатели, которые трудно оценить при визуальной оценке записи. Кроме того, появляется возможность кросскорреляционного анализа полученных данных и представление всех результатов (как спектрального, так и кросскорреляционного анализа) в виде наглядных графических данных.

Для представления полученных результатов в наглядной форме нами используется известный метод проекции графов, отражающий динамику перемещения фокусов максимальной активности и сопряженного угнетения различных областей левого и правого полушарий головного мозга. На языке теории графов такие области обозначаются соответственно, как точки «истока» и «стока». Изучалось наличие «истоков» и «стоков» в теменно-затылочную или нижнетеменную зону (цитархитектонические поля 39 и 40, по Бродману) правого полушария головного мозга. Эта область коры головного мозга, согласно современным данным, играет ведущую роль в развитии *психики* и *интеллекта* ребенка. Кроме того, важно, что характерные профили психотропных фармакологических препаратов строятся именно по отношению к правой теменно-затылочной области коры головного мозга.

Как видно из представленных данных (рис. 1), усредненных по 200 практически здоровым испытуемым (дети 3—11 лет), правая теменно-затылочная область в норме у детей, начиная с 3-летнего возраста, является областью «истоков», что подтверждается результатами других исследований [Фарбер Д. А., Дубровинская Н. В., 1988; Хризман Т. П., 1978, 1989]. Направления стрелок на рисунке характеризуют опережение в работе той структуры, откуда стрелка исходит (так называемый исток).



**Рис. 1. Усредненные данные кросскорреляционного анализа ЭЭГ здоровых испытуемых детей 3—11 лет**

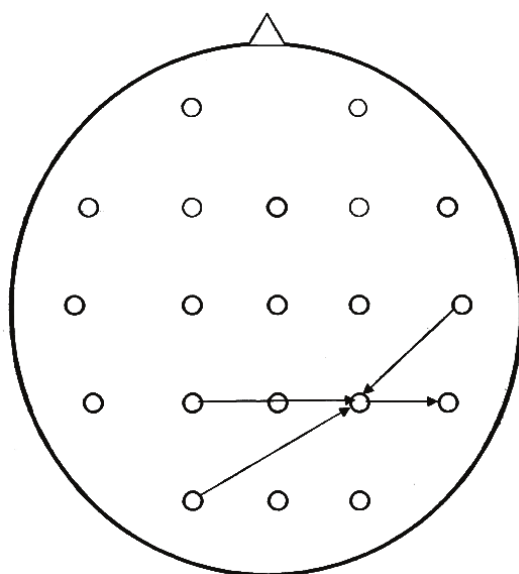


Анализ полученных нами данных по височно-теменным зонам левого и правого полушарий показывает, что в фоне в диапазоне частот 8—13 Гц как до, так и после лечения у детей с пограничными расстройствами (резидуально-неврологическими синдромами) наблюдается опережение процессов левого полушария по сравнению с правым полушарием на 12—20 мс. Коэффициент корреляции — 0,25. Однако во время речи у детей до лечения опережение наблюдается со стороны правого полушария на 16 мс при коэффициенте корреляции 0,6. Таким образом, результаты нашего анализа подтверждают зависимости анализа ЭЭГ во время речи, полученные И. В. Даниловым и И. М. Черепановым [Данилов И. В. и Черепанов И. М., 1970], хотя лечение нами проводилось не методом «отставленной речи», т. е. путем прослушивания собственной речи больным с отставанием (задержкой) 140 мс (который использовали И. В. Данилов и И. М. Черепанов), а совершенно другим способом.

Совершенно иная картина наблюдается при анализе ЭЭГ у больных детей того же возраста с пограничными психическими расстройствами. На рис. 2 представлены статистически усредненные результаты по 350 пациентам в возрасте 3—11 лет, страдающим этой патологией (не включены только данные по детям с энкопрезом — и о причине этого я скажу ниже).

Как видно из рисунка, полученные данные кросскорреляционного анализа связей между структурами головного мозга отличаются от нормы по нескольким параметрам.

Во-первых, и это характерно для большинства резидуально-неврологических расстройств, практически отсутствуют связи теменно-затылочной области правого полушария головного мозга с передними (лобными) структурами.



**Рис. 2. Усредненные данные кросскорреляционного анализа ЭЭГ детей 3—11 лет, страдающих пограничными психическими расстройствами**

Во-вторых, количество значимых связей (с коэффициентом корреляции более 0,3) теменно-затылочной области с другими структурами резко уменьшается.

В-третьих, и это характерно в большей степени для речевых нарушений, изменяется направление связей: из центра «истока», в норме, теменно-затылочная зона правого полушария превращается в центр «стока». Таким образом, налицо наличие *сопряженного торможения теменно-затылочной зоны правого полушария головного мозга* и ограничение связей этой зоны с другими структурами, способными снять или уменьшить такое торможение.

Почти 80 лет назад великий ученый и психотерапевт XX столетия К. Юнг [Jung C. G., 1995] определил *пограничные психические расстройства* как «попытку саморегулирующейся психической системы *восстановить баланс*». Используя современные средства компьютерной ЭЭГ-диагностики, мы постепенно начинаем понимать, какой баланс взаимодействия между структурами пытается восстановить эта удивительная система — головной мозг человека и в каком направлении ей требуется оказать помощь.

По современным воззрениям [Асадова М. С., 1985; Балонов Л. Я. и др., 1985; Брагина Н. Н., Доброхотова Т. А., 1988; Шеповальников А. Н., 1992; Фокин В. Ф. и др., 2000; Лохов М. И., Фесенко Ю. А. и др., 2006; Flor-Henry P., 1986; Max L., Caruso A. J., 1997], формирование психопатологических состояний может быть вызвано нарушением любой из трех составляющих — несбалансированной внутриполушарной активацией, контрлатеральным подавлением и изменением межполушарного взаимодействия. Характер психопатологического комплекса симптомов будет зависеть от того, где именно, в каком полушарии и как дезорганизована активность, и за счет каких процессов изменено межполушарное взаимодействие.

Концепция функционального нарушения одного или всех трех указанных выше принципов организации межполушарных взаимодействий строится на статистических закономерностях, установленных при изучении спонтанной и вызванной биоэлектрической активности мозга, психофизиологических и психоакустических исследований, тахистоскопических приемов анализа латерализации функций и других. По данным многочисленных исследований у взрослых больных с психопатологическими синдромами биоэлектрическая активность мозга дезорганизована. Обнаруживается сдвиг частотной составляющей спектра в сторону частых или медленных форм активности, изменение вариативности амплитуд и периодов биопотенциалов в зависимости от конкретной формы психоза [Монахов К. К. и др., 1983; Goldstain L., 1981; Flor-Henry P., 1983].

Наши исследования полностью подтверждают эту концепцию и для психопатологии детского возраста. Однако, в отличие от взрослых, мозг ребенка 5—7 лет находится еще в стадии интенсивного развития и завершения формирования взаимоотношений между различными

структурами (как между полушариями, так и в пределах одного полушария). Неравномерность формирования этих отношений, вызванная как эндогенными, так и многочисленными экзогенными факторами, приводит к появлению и угасанию за относительно короткие промежутки времени многочисленных психопатологических симптомов, которые для мозга взрослого человека, несомненно, свидетельствовали бы о серьезной патологии. Выравнивание этих взаимоотношений и устранение целого ряда достаточно серьезных структурных микропоражений мозга, полученных в перинатальном периоде развития, несомненно, говорят о широких компенсаторных способностях ЦНС ребенка.

В то же время возникает необходимость, на основании полученных данных, характеризовать понятие нормы и психопатологии детского возраста, что особенно важно при рассмотрении пограничных психических (резидуально-неврологических) расстройств. Конечно, поставленный вопрос требует дальнейших серьезных исследований, но уже сегодня можно, учитывая все сказанное выше, сделать некоторые заключения.

Полученные нами результаты позволяют подойти к определению нормы в онтогенезе как к саморегулируемому функциональному межполушарному взаимодействию. При этом мозгом самостоятельно устраняется дисбаланс в межполушарном взаимодействии, источником которого является как неравномерное развитие разных структур, так и микротравмы, полученные в перинатальном периоде развития.

Хочется повторить еще раз: пограничные психические расстройства как раз и являются *пограничными* в той мере, в которой активизация резервов позволяет вернуть мозг в *область саморегуляции нормы*.

Результаты, представленные в предыдущих наших работах [Лохов М. И., Фесенко Ю. А., Щугорева Л. М., 2005; Фесенко Ю. А., 2007, 2009], позволяют сделать вывод, что во всех случаях пограничных психических расстройств обнаруживаются в явном виде нарушения связей (по сравнению с нормой) между различными зонами коры головного мозга больного ребенка. Учитывая анамнестические данные, с большой степенью уверенности можно сказать, что такие расстройства связаны с минимальной дисфункцией мозга ребенка, полученной в перинатальный период развития мозга. На основе более тонкого анализа патологии межструктурного взаимодействия возможен индивидуальный подбор психофармакологических препаратов для направленной коррекции выявленных нарушений. Такой подход, как показывает наша лечебная практика, позволяет значительно повысить эффективность излечения (улучшить исходы) пограничных психических расстройств детского возраста.

## Глава 2

# ЭНУРЕЗ

Термин «**энурез**» происходит от древнегреческих слов, означающих «мочиться ночью», т. е. в самом понятии «энурез» заложен смысл «мочеиспускания во сне». Отсюда следует, что термин «дневной энурез», нередко используемый врачами для обозначения неудержания мочи во время бодрствования ребенка, некорректен. В таких случаях следует говорить о «дневном недержании мочи». Современными отечественными и зарубежными исследователями под ночным энурезом понимается феномен непроизвольного мочеиспускания во время ночного и дневного сна. Из этого ясно, что анализ связи акта непроизвольного мочеиспускания с механизмами сна не только правомерен, но просто необходим. И хотя еще Авиценна связывал энурез с глубоким сном, указывая на то, что с нормализацией сна проходят и симптомы болезни, причину энуреза активно искали по разным направлениям. Ею считали и наличие органических изменений в органах мочеиспускания (анатомический субстрат), и неразвитость «сторожевого пункта» в коре мозга, и дисфункцию супраспинальных структур (кора, задний гипоталамус, средний мозг, варолиев мост) [Духанов А. Я., 1940; Ласков Б. И., Креймер А. Я., 1975; Muellner S., 1960; Parmelee A. H. et al., 1964; Williams K., 1974] и др. Однако все эти теории не могли объяснить основного симптома — непроизвольного мочеиспускания именно во сне. Большинство современных специалистов [Ласков Б. И., Креймер А. Я., 1975; Савченко Н. Е., 1994; Шелковский В. И. и др., 2002], признавая в некоторых случаях грубоорганические изменения в мочевом пузыре, все-таки отказались от «урологического» подхода к болезни.

Существует широко распространенное мнение, согласно которому литература по недержанию мочи очень велика, а проблема эта досконально изучена. Это не соответствует действительности. Проблема недержания мочи — одна из ключевых в педиатрических дисциплинах, и изучена недостаточно. Описанное еще на заре научной медицины (Тит Лукреций Кар, I век до н. э., Авиценна, XI век), недержание мочи стало предметом тщательных научных изысканий лишь с работ **Жана-Луи Пти (1674—1750)**, стремившегося дифференцированно подойти к этому нарушению. С того времени почти все исследования недержания мочи, которые цитируются в специальной литературе, принадлежат урологам, неврологам, психологам, педиатрам, хирургам, рентгенологам.



В России одним из основоположников изучения энуреза считается **Александр Леонтьевич Эberman (1830—1902)**, уролог, автор нескольких работ о недержании мочи. Имеется несколько библиографических источников по недержанию мочи. Можно также отметить работу В. Л. Ямпольского (1959) «Указатель отечественной и иностранной литературы о ночном недержании мочи».

Неврологические аспекты энуреза впервые были освещены в трудах таких видных ученых, как М. И. Аствацатуров (1938), М. Б. Кроль (1939), С. Н. Давиденков (1951). Их научные школы предопределили развитие современных концепций проблемы энуреза. С развитием учения И. П. Павлова были высказаны положения, трактующие энурез с позиций условнорефлекторной теории. Так, в 1931 году, опираясь на теоретические концепции И. П. Павлова относительно «сторожевых пунктов» в коре головного мозга, С. Д. Артамонов разработал теорию, объясняющую ночное недержание мочи нарушением деятельности сторожевого пункта мочеиспускания. Ряд авторов полагали, что энурез как синдром обусловлен прежде всего перинатальной травмой шейного и поясничного отделов позвоночника, приводящей к нарушению произвольной регуляции мочеиспускания [цит. по: Буторина Н. Е., Ретюнский К. Ю., 2005].

Монография Б. И. Ласкова и А. Я. Креймера «Энурез» (1975), подробно анализирующая все стороны истории изучения недержания мочи и кала, стоит на позициях, что энурез — это «заболевание монопатогенетическое, но полиэтиологическое», при котором не бывает никаких органических форм, что «среди больных ночным недержанием мочи много олигофренов и особенно невропатов», что лечить эту болезнь должны только невропатологи, педиатры, а иногда и терапевты (детские психиатры в этой самой солидной из всех монографий о недержании мочи даже не упоминаются). Единичные же работы детских психиатров или детских психотерапевтов в общей форме лишь констатируют существование разных клинических форм недержания мочи и в связи с этим высказывают предположение о необходимости их дифференцированного лечения.

Н. Е. Буторина и К. Ю. Ретюнский пишут: «Выделение В. В. Ковалевым (1972, 1979, 1982, 1995) в полиморфной группе “энуреза” трех форм — невротической, неврозоподобной и смешанной — стало серьезным шагом в конкретизации теории патогенеза энуреза. В. И. Гарбузов, А. И. Захаров, Д. Н. Исаев (1977) рассматривали энурез в качестве синдрома при неврастении у детей, связывая его с психотравмирующими переживаниями, эмоциональным потрясением ребенка... К частым проявлениям невроза у детей относил энурез Л. О. Бадалян (1984). Автор связывал возникновение его невротической формы с психотравмой, а появление вторичных невротических нарушений объяснял переживаниями ребенком своего “дефекта”, особенно, если его стыдили, наказывали или упрекали. А. И. Болдырев (1995) понимал энурез как заболевание, занимающее промежуточное положение



между невротическими расстройствами разного генеза и расстройствами, имеющими пограничное отношение к эпилепсии» [Буторина Н. Е., Ретюнский К. Ю., 2005].

И только исследования А. Ц. Гольбина (1979) показали (в процессе изучения «созревания» акта мочеиспускания в онтогенезе), что мочеиспускание во сне связано с формированием стадий сна, и к году жизни ребенка наступает физиологическая задержка мочеиспускания во время сна по биологическим механизмам, а не вследствие образования навыка «опрятности», прививаемого родителями. С этого времени (с 70-х годов XX столетия) практически всеми специалистами в данной области принято, что измененный сон является почти единственным симптомом, общим для всех больных энурезом [Шеповальников А. Н., 1971; Вейн А. М., 1974; Гольбин А. Ц., 1979; Трошин В. М. и др., 1998; Вейн А. М., 2003; Фесенко Ю. А., Лохов М. И., 2003, 2005; Фесенко Ю. А., Лохов М. И., Рубина Л. П., 2005; Gastaut H., 1982; Passouant P., 1984].

Своеобразие непроизвольного мочеиспускания состоит в том, что оно происходит в виде взрыва, пароксизма, сопровождаемого выраженными моторно-вегетативными проявлениями, что не встречается при мочеиспускании во время бодрствования. Нарушения сна проявляются в виде нарушения засыпания и пробуждения, нарушения самого процесса сна: глубокий («мертвый») сон, при насильственном пробуждении — нарушения ориентации ребенка с эпизодами психомоторного возбуждения, сноговорения, снохождения, ночные страхи. Изменены электроэнцефалографические стадии сна при проведении записи ЭЭГ во время всего ночного сна пациента: нарушена длина стадий, ритм их смены, очередность [Гольбин А. Ц., 1979, с. 152—158]. Симптомы нарушенного поведения и изменения эмоционально-волевой сферы в дневное время объясняют единство функционирования систем мозга, например, лимбико-ретикулярного комплекса, участвующего в регуляции как процессов сна, так и эмоционального поведения днем [Латаш Л. П., 1968; Бехтерева Н. П., 1980, 1988].

По данным А. Ц. Гольбина, до 2,5 месяца жизни ребенка мочеиспускание во сне возникает перед пробуждением и способствует ему. В возрасте 6 месяцев мочеиспускание во время дневного сна исчезает у 87 % здоровых детей. В возрасте 1,5 года более 70 % детей спят сухими всю ночь или обмачиваются во сне эпизодически (не более одного раза в неделю). «Практически можно сказать, что здоровый ребенок, начиная ходить самостоятельно, должен перестать мочиться во сне... У большинства детей к году наступает физиологическая задержка мочеиспускания во сне по биологическим механизмам, а не вследствие образования навыка, т. е. процессы возникновения непроизвольного мочеиспускания во сне и недержания мочи днем идут по разным и независимым механизмам» [Гольбин А. Ц., 1979, с. 149]. Полиграфические записи подтверждают высказанную точку зрения. Так, процесс мочеиспускания во сне значительно отличается от мочеиспускания в дневное время по ряду параметров. Ночью мочеиспускание сопро-

вождается большим количеством мочи, задержкой дыхания, мелкими клоническими подергиваниями конечностей и другими моторно-вегетативными проявлениями, носящими пароксизмальный характер и не встречающихся днем. В ЭЭГ перед мочеиспусканием появлялись вспышки генерализованной дельта- или тета-активности. При этом у детей в явном виде проявляется общее нарушение сна: удлинение периода засыпания, чрезмерно глубокий сон (обмочившись, больной продолжает спать), чередование энуреза с ночными страхами, сногворением и снохождением, а также неадекватные реакции при пробуждении. Ночная запись ЭЭГ показывает, что у 65 % больных после акта мочеиспускания наблюдается переход в другую стадию сна (2-ю или ПС), т. е. энурез появляется на границе стадий сна и способствует их смене.

У больных энурезом отмечается нарушение характера двигательной активности в дневное время: вялость утром с приступами сонливости в дневное время, гиперактивность в послеобеденные и вечерние часы. У них, как правило, нарушена тонкая координация движений, наблюдается обилие лишних движений (суетливость), повышенная жажда и изменение аппетита. Можно заметить, что налицо все симптомы МДМ (минимальной дисфункции мозга), связанной, по-видимому, с функционированием лимбико-ретикулярного комплекса (дофаминергической и норадренергической систем), регулирующего процессы поведения, двигательной активности и сна. Поэтому подходы к лечению энуреза и других пограничных психических расстройств у детей должны быть общими, и включать в себя коррекцию цикла сон-бодрствование и регуляцию взаимоотношений между структурами мозга за счет фармакологических и психотерапевтических комплексных воздействий.

Таким образом, все перечисленные в данном разделе и в следующей главе (см. ниже) формы патологического сна представляют собой частные виды нарушений циклической активности сна, и имеют сходные этапы возрастного развития.

*1-й этап* — период предвестников: недифференцированное беспокойство ночью и часто днем, до появления основного синдрома.

*2-й этап* — период манифестации: появление основной формы нарушения сна, сочетающееся с исчезновением дневного беспокойства.

*3-й этап* — моносимптомный период: многолетний период одной выраженной формы нарушения сна.

*4-й этап* — период самопроизвольного излечения или декомпенсации: самопроизвольное исчезновение синдрома или (более редко) декомпенсация в виде осложнений.

Сочетание или смена синдромов из разных групп является прогностически неблагоприятным признаком [Гольбин А. Ц., 1979, с. 219]. Моносимптомное проявления синдрома на некотором этапе является частью механизма, компенсирующего задержку развития стадий сна, и поэтому полезно. Так что не стоит спешить с массивным вмешательством до выяснения истинной природы феномена и тщательного, в том числе электроэнцефалографического, обследования ребенка.

Очень важным клиническим проявлением нарушения эмоционально-волевой сферы является неадекватное отношение к своему дефекту: дети либо не осознают дефект, либо относятся к лечению формально (81 % больных). В четверти случаев энурез исчезает внезапно, часто без особых на то причин, а иногда — в связи с какими-то значимыми для ребенка событиями. В трети случаев — с возникновением «вместо энуреза» значительного количества феноменов патологического сна и бодрствования (ночные страхи, крики, бруксизм, вредные привычки, нарушения поведения и т. п.), а в остальных случаях — «ступенчато», постепенно исчезая [Гольбин А. Ц., 1979, с. 161].

Основным положением патогенеза данного страдания является гипотеза компенсаторного механизма энуреза: до определенного времени **акт непроизвольного мочеиспускания «нужен» организму для нормализации функции сна**, так как с его помощью происходит «переключение» стадий сна. При определенных условиях, когда «созревают» механизмы сна, энурез, как компенсаторный механизм, становится неактуальным и спонтанно исчезает. Таким образом, ночное недержание мочи представляет собой специфический по проявлениям и компенсаторный по механизму синдром нарушения в онтогенезе биоритма сон-бодрствование, проявляющийся в многообразных феноменах поведенческих и вегетативных изменений ночью и днем, и относится к пароксизмальным феноменам патологического сна [Гольбин А. Ц., 1979; Вейн А. М., Хехт К., 1989; Данкелл С., 1994; Вейн А. М., 2003].

А. Ц. Гольбиным выделено 6 основных форм энуреза, которые различаются по этиологии, клиническим проявлениям и терапевтическому подходу.

Простая: относительно редкие (2—3 раза в неделю), но постоянные случаи ночного энуреза. Зависимость частоты акта мочеиспускания во сне от количества выпитой жидкости и метеорологических факторов отсутствует. Течение болезни ровное, с раннего возраста. Сон чаще всего очень глубокий. Наследственная отягощенность в 2/3 случаев. Отсутствуют неврологические и урологические симптомы. Отмечается равнодушное отношение ребенка к дефекту.

Невротическая: единственная форма, при которой характерно особо аффективное отношение к своему дефекту — от активной заинтересованности в симптоме (при истероидном варианте) до болезненного переживания, иногда доходящего до суицидных намерений (при астено-невротическом варианте). В этом случае энурез является одним (или основным) из симптомов среди массивных невротических проявлений. Ярок по проявлениям реактивный вариант невротического энуреза — как реакция на острую или тяжелую психотравму. Невротическая форма чаще всего возникает в один из критических возрастных периодов: 3—5—7 лет. Частота эпизодов энуреза зависит от эмоционально значимых для ребенка ситуаций. Сон беспокойный, с ночными страхами. Днем эти дети имеют выраженную эмоциональную неустойчивость и ранимость.

Невропатическая: энурез развивается на фоне невропатии, «врожденной детской нервности», которую я описал выше, возникающую на фоне негрубых резидуально-органических изменений центральной и периферической нервной системы. Это часто болеющие дети с раннего возраста, для которых характерны различные простудные заболевания «цепочкой» (одно за другим). Отмечаются нарушения сна полиморфного характера, часто с инверсией системы сон-бодрствование. Наряду с ночным энурезом, возникшим после какого-либо соматического заболевания, появляется учащенное мочеиспускание днем с императивными позывами и недержанием мочи. Эти дети инфантильны, пугливы. Во время очередной простуды частота эпизодов энуреза резко возрастает (провоцирующая роль различных заболеваний).

Эндокринопатическая: сочетание ночного энуреза с диэнцефальной патологией и эндокринопатиями (диабет, ожирение, пароксизмальные подъемы температуры и т. д.). Частота эпизодов энуреза возрастает во время обострений основного заболевания. Характерно пренебрежительное отношение к своему дефекту и наличие различных нарушений эмоционально-волевой сферы: страхи, патологические влечения, расторможенность поведения, неравномерность активности в течение дня.

Эпилептическая: энурез при ночной форме эпилепсии. Редкая форма, встречающаяся в основном у подростков. Отношение к заболеванию равнодушное или адекватное. Мочеиспускание однократно за ночь и не каждую ночь. Очень глубокий сон. Крайне редко встречается одновременное сочетание ночного энуреза и судорожного припадка в одну ночь.

Диспластическая: случаи ночного энуреза, возникшие на фоне органического поражения нервной системы мочеиспускательной функции, в частности миелодисплазии (*spina bifida*), когда кроме ночного энуреза в клинической картине присутствуют дневное недержание мочи и недержание кала (энкопрез). Это не очень частая причина возникновения ночного недержания мочи, но диспластическая форма требует отличной от других терапии. Это дети с ярко выраженной диспластической конституцией. Недержание мочи ночью и днем с раннего возраста. Акт мочеиспускания совершается непроизвольно по мере наполнения мочевого пузыря, причем дети не чувствуют ни позыва, ни самого факта истечения мочи (и кала).

В отличие от А. Ц. Гольбина, современные исследователи считают, что принято выделять первичный (персистирующий) ночной энурез (если пациент никогда не имел контроля за мочевым пузырем) и вторичный (приобретенный, если ночное недержание мочи появляется после периода стабильного контроля за мочеиспусканием), а также осложненный и неосложненный (к неосложненным относят случаи ночного энуреза, при которых объективно отсутствуют отклонения в соматическом и неврологическом статусах, а также изменения в анализах мочи) [Буянов М. И., 1985; Студеникин М. Я., 1997; Шелковский В. И.



и др., 2002]. Таким образом, у пациентов с первичным ночным энурезом физиологический рефлекс торможения мочеиспускания («сторожевой») изначально не сформирован и эпизоды «упускания» мочи сохраняются по мере взросления ребенка, а при вторичном энурезе ночное мочеиспускание возникает после длительного «сухого» периода (свыше 6 месяцев) [Norgaard J. P. et al., 1997]. При этом отмечается, что первичный ночной энурез встречается в 3—4 раза чаще, чем вторичный. Кроме того, ранее нередко выделяли так называемые функциональную и органическую формы энуреза. В последнем случае подразумевалось, что имеют место патологические изменения со стороны спинного мозга при дефектах развития. К функциональным формам энуреза относили ночное (реже — дневное) недержание мочи вследствие воздействия психогенных факторов, дефектов воспитания, перенесенных травм (включая психические) и инфекционных заболеваний (включая инфекции мочевыводящих путей) [Лебедев Б. В. и др., 1995].

По-видимому, такая классификация является несколько условной. Н. Watanabe (1995) после обследования представительной группы пациентов с использованием ЭЭГ и цистометрографии (1033 ребенка) предлагает выделять 3 типа ночного энуреза: 1) тип I (характеризуется ЭЭГ-ответом на растяжение мочевого пузыря и стабильной цистометрограммой); 2) тип IIa (характеризуется отсутствием ЭЭГ-ответа при переполнении мочевого пузыря, стабильной цистометрограммой); 3) тип IIb (характеризуется отсутствием ЭЭГ-ответа на растяжение мочевого пузыря и нестабильной цистометрограммой только во время сна) [цит. по: Заваденко Н. Н. и др., 1998]. Этот автор расценивает ночной энурез типов I и IIa как, соответственно, умеренную и выраженную дисфункцию пробуждения, а ночной энурез типа IIb — как латентный нейрогенный мочевой пузырь. Если у ребенка отмечается недержание мочи не только в ночное, но и в дневное время, то это может означать, что он испытывает какую-либо проблему эмоционального или неврологического плана.

В. И. Шелковский с соавторами пишет: «Что касается ночного энуреза, то он нередко отмечается у детей, которые исключительно крепко спят (так называемая профундосомния)». Эти же исследователи не отрицают и урологические нарушения как причину энуреза. «Не подлежит сомнению, что недержание мочи (в том числе ночное) нередко сопровождает заболевания и аномалии строения органов системы мочевого выделения, выступая в роли основного или сопутствующего симптома. Характер указанных урологических нарушений может быть воспалительным, врожденным, травматическим и сочетанным. Тривиальная инфекция мочевых путей (например, цистит) может способствовать возникновению энуреза (особенно часто это бывает у девочек)» [Шелковский В. И. и др., 2002]. И здесь же говорят о «задержке созревания нервной системы», отмечая, что многочисленные эпидемиологические исследования свидетельствуют: энурез чаще встречается среди детей с задержкой темпов созревания нервной системы. Нередко ночной



энурез развивается у детей на фоне органических поражений головного мозга и так называемой минимальной церебральной дисфункции вследствие влияния неблагоприятных факторов и патологии периода беременности и родов (антенатальное и интранатальное патологическое воздействие). Заслуживает внимания то обстоятельство, что помимо задержки темпов созревания нервной системы у детей с энурезом зачастую отмечаются сниженные показатели физического развития (масса тела, рост и т. д.), а также задержка полового созревания и несоответствие костного возраста календарному («отставание» ядер окостенения). Что касается пациентов, у которых энурез отмечается на фоне умственной отсталости (для них вообще характерно значительное запаздывание или отсутствие формирования адекватных навыков опрятности), при последующем назначении терапии большее значение следует придавать психологическому возрасту детей (а не календарному).

В результате наших многолетних клинических и полиграфических наблюдений за детьми, страдающими энурезом и получающими терапию (около 2000 наблюдений), мы пришли к выводу, что энурез — это не моносимптомное заболевание, а сложный комплекс тесно связанных симптомов, составляющих целостный синдром. В него входят: 1) непроизвольное мочеиспускание во сне; 2) нарушение процесса сна; 3) изменение двигательной активности днем; 4) нарушение эмоционально-волевого поведения; 5) неадекватное отношение больного к своему дефекту; 6) терапевтическая резистентность; 7) самопроизвольное излечение.

Кроме этого, мы пришли к выводу, что необходимо выделить еще одну форму заболевания — *неврозоподобную* (по аналогии с другими клиническими формами пограничных расстройств — тиками и заиканием). Основным критерием диагностики этой формы является обнаружение на электроэнцефалограммах больных не только нарушения стадий сна, но и грубых изменений биоэлектрической активности головного мозга: ирритативных, очаговых, пароксизмальных, эпилептиформных. Возникает такая форма энуреза в один из критических возрастных периодов (3—5—7 лет), часто в сочетании с тиками, заиканием, фобиями. Характерно летнее время возникновения (во время отдыха). Частота эпизодов зависит от количества выпитой жидкости. Течение заболевания напрямую связано с динамикой ЭЭГ-показателей, что подтверждают исследования наиболее ярких специалистов в этой области [Гольбин А. Ц., 1979; Строганова Т. А., 1988]. Отношение к дефекту либо равнодушное, либо адекватное, без выраженной эмоциональной окраски. В большинстве случаев обнаруживается рассеянная неврологическая микросимптоматика [Фесенко Ю. А., Лохов М. И., 2003, 2005; Фесенко Ю. А., 2007, 2009].

Для наглядности и понимания Вами, читатель, всей сложности протекания этого заболевания приведу один из наиболее типичных для этого заболевания клинических примеров, встретившийся в моей практике.

---

«Я уже устала стирать! Руки стерла в кровь! И что только мы не делаем: поднимаем ее 3—4 раза в ночь (сами без сна уже который год), наказываем, к бабушке ходили заговаривать, заставляем саму ее стирать — бесполезно! А ей ведь уже 11 лет — невеста на выданье».

Такой монолог я слышу (с различными вариациями) уже много лет. Отчаявшиеся родители, с одной стороны, готовы на все, чтобы их ребенок выздоровел, а с другой — часто принимают в штыки мои рекомендации «не будить, не наказывать, не стыдить!». «Что же вы, доктор, советуете? У нас уже такая вонь (“Неприятный запах”, — всегда поправляю я) в квартире (а если в коммуналке — “стыд-то какой перед соседями!”), гостей не можем позвать!»

Мама девочки обратилась с жалобами на недержание мочи во время ночного сна с раннего возраста («светлый промежуток», когда кровать девочки оставалась сухой, был не больше полугода), профундосомнию (крепкий, глубокий сон, «спит как убитая»), бормотание во сне, беспокойство («крутится в кровати, сучит ногами, разбрасывает постельные принадлежности»), бруксизм («скрипит зубами»). До 2,5 года имели место эпизоды обмачивания и во время дневного сна.

Полина родилась от первой беременности, которая протекала с угрозой прерывания (медикаментозное сохранение — прогестерон, туренал). Имело место подозрение на пиелонефрит у матери в конце срока беременности: наблюдались выраженные отеки нижних конечностей, хотя достоверные данные о наличии белка в моче отсутствуют. Роды срочные, с применением пулевых щипцов. Закричала сразу, оценка по шкале Apgar 7—8 баллов. К груди приложена на вторые сутки жизни, сосала вяло. До года наблюдалась неврологом по месту жительства с диагнозом: перинатальная энцефалопатия смешанного генеза. Пирамидная недостаточность. Получала ноотропил, кавинтон, физиотерапию, массаж. Грудное вскармливание до 8 месяцев. Ребенок первый год после рождения спал плохо: много кричал, страдал метеоризмом, путал дневной и ночной сон, вел себя очень беспокойно, несмотря на то, что никаких соматических заболеваний врачи не обнаруживали. Ходит с 11 месяцев, первые слова в 1 год 6 месяцев, фразовая речь — с 2 лет 5 месяцев. Травма головы с сотрясением мозга легкой степени в 8 месяцев. В возрасте 1 года 1 месяца перенесла кишечную инфекцию (лечили стационарно с применением антибиотиков), 1 года 3 месяцев — грипп с повышением температуры тела до 39,8 градусов. Судорог не было, но дважды — в 2 года и 2 года 7 мес. — теряла сознание, что расценивалось как обмороки («в душном транспорте»). ЭЭГ не делали. До года — двухкратно делали ЭХО-ЭГ: умеренно выраженные признаки внутричерепной гипертензии без смещения структур мозга. Не выговаривала более пяти звуков. Сразу после начала фразовой речи наблюдались запинки клонического типа (повторяла первые слоги в некоторых словах, особенно в начале предложений), которые к началу занятий в школе практически исчезли (занималась с логопедом, психологом).

Энурез обострился (отмечались еженощные обмачивания) в четыре с половиной года, после перенесенного острого бронхита с высокой температурой и применения курса антибиотиков.

Неврологический осмотр показал наличие признаков диффузного органического поражения мозга: асимметрии лицевой иннервации, тремор пальцев рук, неустойчивость в позе Ромберга, нистагмические движения глазных яблок в крайних положениях.

Девочка подвижная, непоседливая. Наблюдается четко выраженный страх темноты и одиночества. Засыпает с трудом, обязательно при включенном освещении и рядом с матерью. Одна заснуть не может. Мама отмечает вялость ребенка утром с приступами сонливости в дневное время, гиперактивность в послеобеденные и вечерние часы.

Анализ фоновой записи ЭЭГ показал доминирование низкочастотной высокоамплитудной (до 200 мкВ) тета-активности 4 кол/с в затылочных и теменно-височных отведениях. Наблюдается выраженная асимметрия — в правом полушарии амплитуда в 1,5—2 раза больше. Кроме того, в правом полушарии наблюдается дельта-активность, по амплитуде сравнимая с основной активностью. С учетом возраста ребенка, ЭЭГ может расцениваться как имеющая умеренные отклонения от нормы.

Кросскорреляционный анализ фоновой записи (рис. 3) показал, что межполушарные отношения имеют динамический характер и практически не отличаются от нормы: наблюдаются изменения чередований опережений в работе височных и центральных отведений правого и левого полушарий, перемежающихся синфазными отношениями. В то же время кросскорреляционный анализ по отношению к правой теменно-затылочной зоне показал достоверные отличия от нормы, выражающиеся в практическом отсутствии связей этой зоны с лобными отведениями обоих полушарий (второй фрагмент сверху), хотя и в меньшей степени, чем на предыдущих рисунках (КЭЭГ больных заиканием и тиками). Такие отличия характерны для детей с МДМ и наблюдались нами в других случаях пограничных психических расстройств, например, при тиках. Таким образом, кросскорреляционный анализ в этом случае показал значительное сходство с данными рис. 2.

Результаты проведенного психологического тестирования (тест Векслера, тест Керна — Йерасика, опосредствованное запоминание сходных изображений и т. д.) показали соответствие интеллектуального развития возрастной норме.

Была проведена индивидуальная (прямая и косвенная) суггестия, групповая гипносуггестивная и семейная психотерапия, психофармакотерапия (повторные курсы пантогама и пикамилона, адаптогены (элеутерококк, аралия, заманиха), витаминотерапия. Особое внимание было уделено режимным мероприятиям (питьевой режим, режим дня, общеукрепляющие процедуры). Родителям было категорически запрещено насильно поднимать девочку ночью. «Вы ломаете ребенку и без того нарушенный сон, забирая у него защиту от поломок в работе мозга», — было объяснено маме после того, как ей была пояснена сущность заболевания. Единственное, что разрешалось — переворачивать в постели с боку на бок спящую дочь, причем через 1,5—2 часа после засыпания (это часто приводит к переключению стадий сна!).

Эпизоды энуреза стали урежаться: сначала — до 2—3 раз в неделю, а через 2 месяца — до 1 раза в 1—2 недели. Важно, что Полина вела так называемый солнечный дневник, где отмечала каждое утро, суха она или нет (дети дошкольного возраста рисуют тучку, если проснулись мокрыми, и солнышко, если — сухими — отсюда и название дневника). Ведение такого дневника является разновидностью косвенного внушения, как и фраза родителей: «Будешь утром сухой (ая)!», произносимая при подаче ребенку «волшебного» или «заговорного» чая. Энурез прекратился полностью через 4 месяца, что совпало с началом летних каникул.

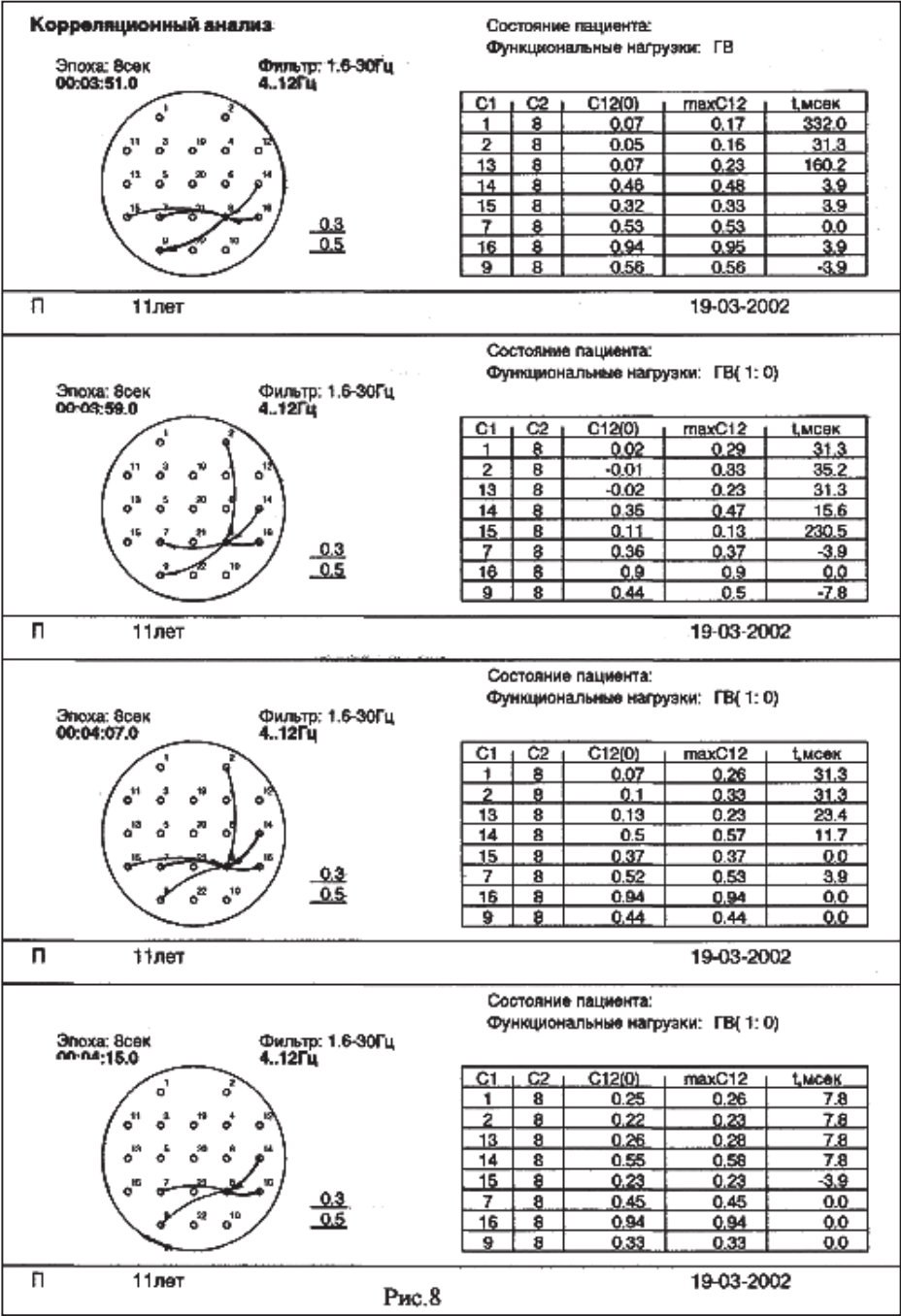


Рис. 3. Фрагмент компьютерного кросскорреляционного анализа ЭЭГ ребенка П., 11 лет, с энурезом

Надо сказать, что нами замечено: 60—70 % выздоровлений от энуреза приходится на май-июль, и мы обычно настраиваем детей на выздоровление к лету. Это можно легко объяснить: крайне редко в это время года дети переносят ОРВИ, ухудшающие течение болезни, а кроме того, становится тепло (в китайской медицине энурез связывается с «холодом мочевого пузыря и почек», т. е. их гипофункцией (слабостью). Основные же точки этих «каналов» находятся на стопе человека, а дети имеют способность «ходить с ледяными ногами» в холодное время). И постановка цели — «стань сухим к лету» — еще один из способов внушения (суггестии), но уже — прямого.



Не стоит еще раз подробно говорить о том, что контроль за ЭЭГ-показателями и в этом случае (как и во всех остальных, правда, если родители не «исчезали», перестав посещать врача, удовлетворившись тем, что клинические проявления болезни ушли) осуществлялся в течение двух лет, несмотря на отсутствие у Полины недержания мочи во время сна.

Специалистами НИИ им. В. П. Сербского в 2008 году подготовлен проект стандартов медицинской помощи в детской психиатрии больным с тиками, энурезом и заиканием, где в «модели пациента» с энурезом выделяются фаза, стадия и осложнения синдрома. Фазы синдрома энурез подразделяются на фазу вне обострения (уменьшение проявлений основных и коморбидных (сопутствующих основному) расстройств, отсутствие признаков социальной дезадаптации), фазу обострения основных проявлений синдрома и фазу выраженного обострения основных и коморбидных проявлений синдрома. Стадии синдрома: стадия компенсации проявлений энуреза, стадия усиления клинических проявлений энуреза у детей и подростков с формированием вторичных невротических нарушений, отражающих реакцию личности на имеющийся дефект, и стадия усиления клинических проявлений энуреза у детей и подростков с усилением вторичных невротических нарушений в форме депрессивно-фобического, отражающего реакцию личности на имеющийся дефект. Осложнения синдрома в стандартах делятся на два типа: без осложнений и выраженную декомпенсацию коморбидных энурезу нервно-психических нарушений.

Энурез отнесен к группе заболеваний: психические расстройства и психическое здоровье. Шифр по МКБ-10 — F 95.8.

Клиническая ситуация предполагает проведение диагностического исследования в амбулаторных условиях для решения медико-социальных вопросов, решения вопросов о проведении терапии и реабилитации в амбулаторных условиях в соответствующих учреждениях (психолого-медико-социальный центр). Оказывать помощь таким больным предписуется амбулаторным учреждениям психиатрического профиля. При третьей фазе и стадии синдрома (фазе выраженного обострения основных и коморбидных проявлений синдрома и стадии усиления клинических проявлений энуреза с усилением вторичных невротических нарушений в форме депрессивно-фобического, отражающего реакцию личности на имеющийся дефект) клиническая ситуация по стандартам предполагает лечение в стационарных условиях, причем уже в стационарном отделении для оказания психиатрической помощи.

Требования к диагностике в амбулаторно-поликлинических условиях из расчета на 30 дней и в условиях стационара предписывают сбор жалоб и анамнеза в психиатрии, визуальное и психопатологическое обследование, наблюдение за поведением больного; исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии ЦНС и головного мозга; осмотр специалистов: терапевта, невролога, окулиста, медицинского генетика; проведение электроэнцефалографии, ультразвукового



исследования головного мозга (УЗИ), реоэнцефалографии, компьютерной томографии (КТ) головы, магнитно-резонансной томографии (МРТ) ЦНС и головного мозга; подготовку заключения экспериментально-психологического (психодиагностического) исследования медицинским психологом; проведение патопсихологического (экспериментально-психологического) исследования и нейропсихологического обследования; проведение клинико-лабораторного и биохимического исследования крови и мочи.

Готовящиеся стандарты включают в себя и требования к лекарственному обеспечению в амбулаторно-поликлинических условиях из расчета на 30 дней и в условиях стационара. В этот раздел вошли: лекарственные средства, влияющие на центральную нервную систему, — антиконвульсанты (противосудорожные препараты), антидепрессанты, транквилизаторы, ноотропы, препараты, улучшающие метаболизм и кровообращение головного мозга, диуретики и антиэнуретики.

Я не случайно привел основные разделы готовящихся стандартов. Во-первых, отечественная медицина все увереннее переходит на использование таких стандартов во всех ее областях, что уже давно практикуется в западных странах (время времени!). Во-вторых, предписываемые объем обследования пациентов с энурезом и перечень лекарственных средств, рекомендуемых разработчиками стандартов (специалистами ведущего научно-практического учреждения страны в области психиатрии!) для лечения ночного недержания мочи, говорят о серьезности этого заболевания, о чем я пытаюсь заявить, как говорят, во весь голос на страницах книги.

## Глава 3

# СОН, ЕГО МЕХАНИЗМЫ И ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ. НАРУШЕНИЯ СНА

Поскольку энурез — один из наиболее ярких синдромов патологического сна, я решил третью главу книги посвятить механизмам сна и его нарушениям. Наиболее частым показателем неблагополучия со здоровьем у ребенка в первый год жизни, да и в последующем, является нарушение сна. Сон — это сложный активный процесс, в ходе которого устанавливаются определенные взаимоотношения между различными структурами головного мозга, происходит обмен информацией между хранилищами кратковременной и долговременной (в том числе — генетической) памяти, а у младенцев, кроме того, происходит интенсивный рост и формирование самих клеточных образований головного мозга.

Известно, что в состоянии спокойного бодрствования с закрытыми глазами у взрослого человека в 85 % случаев на ЭЭГ наблюдается альфа-ритм — колебания с частотой около 10 Гц (колебаний в секунду), имеющие наибольшую амплитуду в затылочной области. Если из этого состояния человек постепенно засыпает, то на ЭЭГ регистрируется несколько последовательных состояний, названных *стадиями сна*. Стадии сна появляются в строго определенной последовательности.

*Первая, или дремотная, стадия сна* характеризуется постепенным снижением амплитуды альфа-волн и появлением низкоамплитудных тета-волн с частотой 4—8 Гц. Затем, на фоне непрерывно увеличивающегося количества тета-активности появляются странные двугорбые и высокоамплитудные (до 100 мкВ и выше) колебательные комплексы, получившие название К-комплексов. Частота этих колебаний от 12 до 16 периодов в секунду. Регулярное появление К-комплексов характеризует *вторую стадию сна*, самую продолжительную по времени. Постепенно тета-колебания исчезают, уступая место более медленноволновой активности. Общая амплитуда колебаний растет. Частота падает до 3 колебаний в секунду и ниже. Когда число дельта-колебаний составляет более 20 % всей активности, наступает *третья стадия сна* — медленноволновой сон. Доля дельта-ритмов в общей активности ЭЭГ продолжает увеличиваться, амплитуда колебаний растет до 100 мкВ и выше. Когда представленность дельта-колебаний составляет более 50 %, наступает *четвертая стадия сна*, также медленноволновая.

Как видно, различия между 3-й и 4-й стадиями сна чисто условное, принятое по международному соглашению для удобства классификации ЭЭГ во время сна. Однако именно в четвертой стадии сон самый глубокий, и человека очень трудно разбудить. В этой стадии наблюдается сноговорение, снохождение, снятся кошмары. При пробуждении на этой стадии человек практически ничего не может рассказать о содержании своих кошмаров. Наиболее частый ответ: «Приснилось что-то ужасное!», «Кошмар какой-то!» и т. п.

Вслед за четвертой стадией медленноволнового сна на ЭЭГ наблюдаются разительные перемены. Амплитуда колебаний значительно и резко снижается, регулярность исчезает, появляются пилообразные разряды, быстрая низкоамплитудная активность, как во время бодрствования, перемежающаяся вспышками альфа-ритма во многих отведениях, частота которого понижена на 1—2 Гц по сравнению с состоянием спокойного бодрствования с закрытыми глазами. Резко падает тонус мышц. Мышцы расслабляются больше, чем в предыдущей стадии сна, но появляются быстрые движения глазных яблок под закрытыми веками. Все эти явления дали основание назвать *пятую стадию сна* фазой быстрого движения глаз — *фазой БДГ, или «парадоксальной стадией» (ПС)*. Порог пробуждения в 5-й стадии колеблется от самого высокого, превышающего даже порог 4-й стадии, до низкого. При пробуждении на этой стадии более 90 % людей рассказывают о сновидениях. После завершения 5-й стадии все перечисленные выше стадии сна повторяются снова в указанном порядке.

Описанные пять стадий составляют *цикл сна*, продолжительностью для взрослого человека от 90 до 120 минут, т. е. от 1,5 до 2 часов. Таким образом, за ночь человек проходит 4—5 циклов сна. Циклы несколько отличаются между собой. В первом-втором циклах медленноволновой сон имеет значительно большую представленность, чем в последующих. В последних двух циклах преимущество переходит к быстрому сну. Процентное отношение между различными стадиями сна у одного и того же человека в одинаковых условиях весьма стабильно. В среднем за ночь первая стадия занимает 5—10 % сна, вторая — 40—45 %, медленноволновой сон — 20—30 %, и быстрый сон — 15—20 %. Подробный отчет о сновидениях испытуемый дает только при пробуждении, либо в фазе быстрого сна, либо сразу после нее. Пробуждение в любой другой стадии не вызывает воспоминаний об увиденном. Поэтому все мы видим, но так редко вспоминаем сны.

Биологические основы механизмов сна еще не выяснены в достаточной степени, хотя на их исследование было потрачено немало времени и сил ученых всего мира. Однако, что для нас немаловажно, удалось установить ряд структур головного мозга, причастных к процессам сна. К таким структурам прежде всего относится ретикулярная формация ствола головного мозга, которая при активации возбуждает нейроны коры головного мозга и тем самым поддерживает необходимый уровень бодрствования. Некоторые области ретикулярной формации резко

усиливают свою активность непосредственно перед началом парадоксальной стадии (ПС) сна. Другие структуры ствола (моста) головного мозга — голубое пятно и ядра шва — также обнаружили изменение активности при смене фаз сна. Активность нейронов в указанных образованиях максимальна во время бодрствования, несколько снижается на начальных стадиях медленноволнового сна, и практически полностью исчезает на стадии ПС. Эти структуры имеют непосредственные связи как с нейронами ретикулярной формации, так и с нейронами многих отделов коры головного мозга, а также с другими структурами, принимающими участие в генерации ритмической активности мозга. Кроме того, в ядрах голубого пятна вырабатывается до 80 % всего нейромедиатора норадреналина, а в ядрах шва — большая часть медиатора серотонина. Оба медиатора имеют исключительно большое значение для нормального функционирования головного мозга и взаимодействия между его структурами. Избыток или недостаток этих медиаторов играет также важную роль в происхождении и развитии многих психических расстройств. Так, при некоторых формах аффективных психозов наблюдается недостаток серотонина, а при депрессии — недостаток норадреналина. Снижение активности норадренергических нейронов может наблюдаться при болезни Альцгеймера, которая характеризуется неспособностью больных соотносить поступающую информацию с прошлыми или будущими событиями.

Интересный психофизиологический подход к объяснению функции парадоксальной стадии сна развивают исследователи В. С. Ротенберг и В. В. Аршавский [1984]. Они рассматривают эту стадию сна как необходимую активность мозга для компенсации дефицита поисковой активности в состоянии бодрствования. Поисковая активность может быть вызвана многими причинами, например, отсутствием удовлетворения жизненно важных, или, как говорят физиологи, *витальных, потребностей*: потребности в пище, в продолжении рода (сексуальной), в безопасности и т. д. Кроме того, существует поисковая активность в чистом виде, когда все витальные потребности удовлетворены полностью. Такую активность называют исследовательской. Считается, что целью исследовательской активности является получение информации об окружающей среде. Она особенно важна во время развития животного или человека, но сохраняется и во взрослом состоянии. Причем, в отличие от витальных потребностей, потребность в исследовательской активности не может быть полностью удовлетворена при постоянном взаимодействии организма с окружающей средой. Изменяя содержание информации во внешней среде — обедняя или обогащая ее информацией, можно в значительной степени влиять на степень развития и даже на вес мозга. Особенно драматические последствия информационного голода в период развития наблюдаются у человека. Широко известный пример Каспара Краузе (городского Маугли), которого держали в изоляции с раннего детства до юношеского возраста,



весьма убедителен. Несмотря на усилия окружающих его врачей и педагогов, он оставался на стадии глубокой дебильности (слабоумия).

Исследовательская активность может служить мощным стимулом для какой-либо другой деятельности. Так, человекообразные обезьяны без всякого другого поощрения длительное время нажимали на рычаг, расположенный в экспериментальной камере, чтобы получить возможность на несколько минут заглянуть в окно соседней камеры. Сходное поведение или потребность в таком поведении у человека определяет то, что мы в обиходе называем любопытством. Если любопытство направлено на исследование в любой сфере человеческих знаний, оно получает название любознательности, а исследовательская активность получает название творческой активности. Творческая активность человека служит наиболее ярким доказательством существования самостоятельной потребности в поиске. Наиболее важные достижения в науке и искусстве, которыми определялся прогресс в развитии всего человечества на многие годы вперед, получены именно за счет этой потребности, сконцентрированной в наивысшей степени у отдельных личностей. Они, несмотря на целый ряд неблагоприятных обстоятельств, вызванных в большинстве случаев непониманием или завистью своих современников, часто вопреки удовлетворению своих витальных потребностей, добивались больших творческих успехов.

Проводились специальные эксперименты по определению самостоятельной поисковой активности на грани риска. Перед испытуемым ставилась довольно несложная задача: остановить на шкале стрелку перед определенным делением. За выполнение задачи выплачивалось небольшое вознаграждение, а в случае неудачи — налагался большой штраф. По условию задачи испытуемый мог остановить стрелку на сколь угодно большом расстоянии перед контрольной чертой. Это гарантировало выигрыш в каждом отдельном опыте. Однако, вопреки очевидной выигрышной стратегии, большая часть испытуемых стремилась от опыта к опыту остановить стрелку все ближе и ближе к контрольной черте, рискуя проскочить черту и потерять все выигранное ранее. Таким образом, эксперимент показал, что люди сами усложняли себе задачу и, по-видимому, единственным поводом к этому была потребность в поисковой активности.

Так как поисковая активность заложена природой в человеке и животных, то она имеет какую-то важную биологическую цель, и цель эта заключается в приобретении новой информации об окружающей среде, имеющей иногда не только определяющее значение для отдельного организма, но и для всей популяции в целом. В соответствии с этим отказ от поиска может нанести вред и индивиду, и всей популяции. Хотя потребность в поисковой активности заложена генетически, сама ее реализация в значительной степени определяется внешней средой. Весьма важны факторы внешней среды (в частности, воспитание и социальное окружение) для проявления поисковой активности у человека, у которого физиологические механизмы, обеспечивающие поиско-

вую активность, формируются относительно поздно. Длительный этап развития ребенка в отсутствие поиска требует особенно внимательного и доброжелательного отношения к нему, что обеспечивает в дальнейшем чувство уверенности в себе и бесстрашие в поиске. На более позднем этапе развития, когда механизмы поиска уже сформированы, как ограничение свободы поиска, так и полное удовлетворение всех желаний ребенка одинаково вредны и отрицательно сказываются на развитии поисковой активности.

Под влиянием ошибок в воспитании у взрослого индивида возникает два варианта отказа от поиска в зависимости от типа нервной деятельности человека и внешних условий. В первом варианте субъект считает, что сложившаяся ситуация для него всегда достаточно хороша, хотя объективно она может быть и не оптимальна, а главное, не соответствует возможностям данного человека. Он может изменить ситуацию в лучшую для себя сторону, но ничего для этого не предпринимает, руководствуясь принципом — «от добра добра не ищут». Поисковая активность в этом случае прекращается из-за опасения ухудшить настоящее состояние дел, вполне удовлетворительное с точки зрения данного человека. С течением времени подавленная потребность в поиске дает о себе знать и часто проявляется в расстройстве нервной деятельности, выражающейся навязчивым предчувствием неизбежности плохого или даже трагического события: «все слишком хорошо, чтобы продолжаться долго».

Другой вариант отказа от поиска наблюдается в условиях, когда человеку кажется, что все его усилия не могут изменить сложившуюся ситуацию, которая оценивается им как плохая или даже очень плохая. Такой отказ от поиска наиболее травматичен для здоровья человека и почти неизбежно приводит к развитию психических или телесных заболеваний. Последние, как правило, возникают на фоне депрессий, т. е. такого состояния, при котором все внешние воздействия воспринимаются как вредные, направленные против данной личности. Поэтому человек уходит от всяких внешних раздражителей, замыкается в себе, концентрируется на внутренних переживаниях и мыслях. Все это еще больше ослабляет психику и является благоприятным фоном для развития соматических заболеваний. Наверное, вследствие этого и появилась знаменитое выражение «все болезни от нервов».

При таком варианте отказа от поиска положение усугубляется еще и тем, что у каждого индивида существует опыт подобного поведения, полученный в раннем детстве. На ранних этапах развития ребенка, когда физиологические механизмы реализации поиска не сформированы, единственной его реакцией на внешние раздражители может быть пассивно-оборонительная, являющаяся своего рода прототипом депрессии. Оживление в памяти следов такого поведения, особенно в случае неправильной реакции родителей на пассивно-оборонительное поведение, может привести к возникновению связи прежнего опыта с ситуацией, возникшей во взрослом состоянии, и возникнове-

нию неврозов, корни которых лежат в раннем детстве. Таким образом, получается, что в сложных стрессовых ситуациях человек как бы возвращается на более ранние ступени своего развития. Так как второй вариант отказа от поиска в силу внешних условий является наиболее распространенным, многие психиатры считают, что основы большинства психических заболеваний закладываются в детстве, в неправильном воспитании и развитии психики ребенка.

Из сказанного выше ясно, какое большое значение для сохранения здоровья имеет поисковая активность. Исходя из этого В. С. Ротенберг и В. В. Аршавский предположили, что парадоксальная стадия сна служит своего рода компенсацией отказа от поиска в состоянии бодрствования. Проигрываемая в сновидениях как в театре поисковая активность использует те же схемы мозга, что и в активных действительных действиях. Тем самым уменьшается потребность в реальной поисковой активности и смягчается влияние такого отказа на поведение и психическое состояние данного человека. Отсюда ясно, почему у людей с высокой поисковой активностью, например известных писателей, ученых и т. д., общая потребность во сне значительно меньше, чем у большинства других людей. Сокращение потребности сна происходит у них за счет значительного сокращения именно парадоксальной стадии, несмотря на то, что неудовлетворенных желаний у этой категории лиц не меньше, чем у других, а вероятно, даже значительно больше. Отсюда также ясны причины повышения продолжительности утреннего (парадоксального) сна и общей утренней сонливости у детей-невротиков.

Формирование стадий сна наблюдается с 37-й недели внутриутробного развития плода, когда начинают отличаться ЭЭГ сна и бодрствования. После 1-го месяца жизни у младенца значительно усиливается медленноволновая активность, в конце 2-го месяца появляются веретена сна, в конце 3-го месяца отмечается образование высокоамплитудных ритмических медленных волн, которые в дальнейшем преобладают в ЭЭГ сна примерно до двух лет. В начале третьего года жизни ЭЭГ сна ребенка становится сходной с ЭЭГ сна взрослого человека [Шеповальников А. Н., 1971].

В результате проведенных многочисленных экспериментов удалось установить, что самой важной для организма взрослого человека является стадия медленноволнового сна — 4-я, а следующей по значению — стадия быстроволнового сна, или парадоксальная. Так как четвертая стадия имеет наибольшее представительство в первых двух циклах сна — в вечернее время примерно с 21 до 24 часов, что связано, по-видимому, с геомагнитными факторами данной местности, то сон в эти часы является наиболее полезным для человека в отношении снятия нервных стрессов и компенсации развивающихся патологических взаимоотношений между структурами головного мозга. Этот факт, кстати, был давно замечен на Востоке. Восточные медицинские трактаты, самым древним из которых считается индусская Аюрведа Шар-

рака (Аштанга-хридая-самхиты), говорят вполне определенно, что одна стадия сна с 22 до 24 часов может полностью заменить весь ночной сон. Однако не будем забывать, что в те времена была широко распространена практика медитации — введение себя в состояние, которое напоминает сноподобное. Поэтому древние рекомендации не всегда полностью применимы в современной жизни.

Дневной сон, как показывают исследования, не приводит к появлению медленноволновой активности в ЭЭГ, и дает только физический отдых. Кроме того, он в значительной степени нарушает общую циклическую активность сна-бодрствования, что вредно влияет на самочувствие и продолжительность вечернего засыпания. Отсюда следует, что детям после 2—3 лет, у которых сформировалась циклическая активность сна, дневной сон противопоказан. Он не приводит к компенсации дневных стрессов, зато нарушает продолжительность засыпания в вечерние часы и вредно влияет на здоровье ребенка. Отсюда совет: если Ваш ребенок, которому больше 2—3 лет, отказывается спать днем, не заставляйте его! Достаточно того, что в детском саду это делают воспитатели и нянечки.

Становление цикла сон-бодрствование является важнейшим этапом развития и созревания нервной системы ребенка. Как показывают наблюдения [Parmelee et al., 1964], сон новорожденных состоит из множества коротких периодов непосредственного сна и бодрствования, распределенных в случайном порядке. К 16-недельному возрасту происходит значительное удлинение непрерывных периодов сна и вдвое увеличивается соотношение между ночным и дневным сном (в пользу ночного сна). Важной составляющей сна является поведенческая активность, которая выражается в определенных позах и движениях и также изменяется (созревает) с возрастом. Поза новорожденного характеризуется симметричным расположением тела на спине с незначительно отклоненной назад головой. Тонус мышц конечностей и тела увеличен. Преобладает тонус сгибателей. Руки скрещены и прижаты к щекам. Ноги согнуты, перекрещены и подтянуты к животу. На 9-й день жизни повышенный тонус мышц сменяется так называемым пластическим тонусом, что проявляется застыванием конечностей во время сна в приподнятом положении. Такая поза остается характерной для сна примерно до 6 месяцев.

С 6 месяцев происходит снижение тонуса мышц во сне, и ребенок принимает позу полного расслабления: спит на спине с раскинутыми руками и ногами. Такая поза сохраняется в норме до 1—1,5 лет. Затем наступает этап появления чередующихся во времени эпизодических неустойчивых поз, наиболее частой (в 43 % наблюдений) из которых является поза «на животе». После трех лет и эта поза исчезает. Формируется «любимая поза» сна, которая сохраняется практически всю жизнь, до старческого возраста [Гольбин А. Ц., 1979].

Как показывают многочисленные наблюдения, «любимая поза» сна довольно четко характеризует как особенности личности взрослого че-



ловека, так и нарушения его психического равновесия. «Основная поза, которую принимает индивидуум во сне, столь же показательна по отношению к его образу жизни, как и все другие показатели, с которыми мы встречаемся на сеансах терапии: личностные характеристики, реакция на себя и людей, как в прошлом, так и во время проведения исследований» [Dunkell, 1994, с. 87]. Хорошо известна древняя восточная поговорка, в которой перечислены основные позы спящих: «Король спит на спине, мудрец — на боку, а богач — на животе». И уж если взрослые с хорошо сформированной и отработанной практикой системой психологической защиты раскрывают особенности своей психики в позах сна, то для детей разнообразные позы и формы двигательной активности во сне должны играть еще более важную диагностическую роль.

Обычно патологии сна квалифицируют в зависимости от стадии сна, в которой они наблюдаются. С практической стороны более удобна классификация, предложенная А. Ц. Гольбиным (1979), объединившим наблюдаемые явления в однородные группы, составляющие которых способны взаимно заменяться в зависимости от возраста и глубины нарушения сна. Таких групп пять:

1. Стереотипные движения, связанные со сном (качание, биение, сосание пальцев во сне и другие).
2. Пароксизмальные явления во сне (вздрагивания, бруксизм, ночные страхи, астма, потение, энурез и другие).
3. Статические феномены сна — странные позы.
4. Сложные формы психической деятельности во сне (снохождение, снововорение, кошмарные сновидения).
5. Нарушения «переключений» в цикле сон-бодрствование у детей (нарушение засыпания, нарушение пробуждения, инверсия сна и бодрствования).

Рассмотрим только наиболее часто встречающиеся в практике патологии сна, входящие в состав перечисленных групп.

**Стереотипные движения.** Чаще всего наблюдаются в первый год жизни ребенка в ответственные моменты его развития (например, при обучении ходьбе). Их рассматривают «как соматическую реакцию на неуравновешенное состояние вестибулярного анализатора» [Гольбин А. Ц., 1979, с. 110]. Считается, что для созревания медленного сна необходимы внешние ритмические раздражители, например такие, как ритмические движения тела при укачивании и ритмические движения губ при сосании. При поведенческих нарушениях в естественном развитии ребенка (раннем отнятии от груди, искусственном вскармливании, нарушающем телесный контакт с матерью, тугом пеленании, частых болезнях и т. п.), замедляется созревание механизмов синхронизации, и организм вынужден прибегать к экстренным мерам, чтобы восстановить темп развития этих механизмов. Поэтому он усиливает некоторые из встречающихся в норме элементов двигательной активности, которые начинают казаться патологическими. Чем раньше в ходе созревания систем мозга появляются нарушения, в частности из-за патологии

перинатального периода (минимальная дисфункция мозга и т. п.), тем в большей степени начинает проявляться такая двигательная активность, которая может выйти из-под контроля физиологических механизмов сна и распространиться на дневное поведение. Из разряда компенсаторных процессов стереотипные движения переходят в разряд патологических.

Исследования показывают, что биохимической основой возникновения стереотипных движений является медиатор дофамин, увеличение выброса которого происходит при повышенном раздражении дофаминергических структур головного мозга (черная субстанция, вентральная покрышка) и нарушении межструктурного взаимодействия. Необходимо отметить, что повышенная активность дофаминергических структур наблюдается также при СДВГ (синдроме дефицита внимания и гиперактивности), паркинсонизме, некоторых формах шизофрении. Поэтому навязчивое проявление стереотипных движений в дневное время требует пристального внимания врача.

Наблюдаются по крайней мере четыре выраженных типа стереотипных движений, развивающиеся последовательно с возрастом ребенка и часто переходящие из одной формы в другую.

*Качания во сне* — лежа на спине с закрытыми глазами, ребенок совершает строго ритмичные маятникообразные качающиеся движения головой из стороны в сторону. Эпизод качания может занимать до 5—10 мин, но начинается, как правило, с нескольких движений. При легкой степени нарушения возникают во время засыпания или пробуждения, при более тяжелой — увеличивается интенсивность и размах колебаний, частота проявлений в течение ночи и во время дневного сна, а иногда и во время бодрствования при сильном волнении. Днем большинство из таких детей проявляют склонность к гиперактивности. Они часто сосут пальцы, грызут ногти, совершают разнообразные навязчивые движения. Интеллект у них (при тестировании) соответствует возрастной норме или даже превышает ее, но отличается неравномерностью развития: больше развиты художественные способности, чем логические. Они часто страдают неусидчивостью и трудностями в концентрации внимания. Качания могут выявляться даже при внутриутробном развитии, но чаще всего появляются до шести месяцев жизни ребенка. В 90 % случаев с возрастом исчезают самопроизвольно.

*«Биения» во сне* — спящий ребенок, лежа на животе и приподнимаясь на вытянутых руках, бьется лбом или щекой о подушку. Движения следуют в ритмическом порядке, сериями по 5—15 движений с короткими промежутками между сериями. Возникают несколько раз в течение ночи. В отличие от качаний, ребенок об этих движениях не помнит. Проявляются они до года жизни ребенка. Для этого феномена характерна связь с нерезкими органическими поражениями головного мозга и частым сочетанием с энурезом.

*Движения во сне типа «челнока»* — ребенок во сне переворачивается на живот, становится на четвереньки и начинает интенсивно раскачи-

ваться в переднезаднем направлении. Возникают при переходе от сна к бодрствованию. Проявляются в возрасте от 1,5 до 3 лет и часто связаны с предшествующими соматическими заболеваниями (пневмония, отит, астма и другие), а также с другими формами стереотипных движений.

*Сосание пальцев и языка.* Возникают с рождения (наблюдаются также внутриутробно) в процессе засыпания и, как правило, связаны с нарушением грудного вскармливания и другими нарушениями поведения по отношению к ребенку.

Можно выделить по крайней мере три психологических защитных механизма перечисленных выше движений: потребность в успокоении и расслаблении; потребность в высвобождении внутреннего напряжения; потребность ухода от неприятной ситуации. В соответствии с этим во всех случаях лечение рекомендуется начинать с увеличения внимания к ребенку, которое не должно выражаться сверхопекой или бесконечными наказаниями. Следует применить ритмотерапию, которая может выражаться в регулярном прослушивании метронома или ритмичных музыкальных произведений (желательно классических) при среднем или низком уровне громкости. В более старшем возрасте необходимо использование ритмических физических нагрузок (бег трусцой, скакалка, езда на велосипеде и т. п.), лучше при участии родителей или сверстников, а также освоение аутогенной тренировки на фоне ритмических воздействий. Ни в коем случае не следует ограничивать двигательную активность детей вечером, но перевести ее в приемлемые рамки (типа «зарядки на ночь») с максимальным числом ритмических движений.

*Пароксизмальные явления во сне.* В отличие от электрофизиологии, термин «пароксизм» в данном контексте употребляется в понятии «взрыв», что подчеркивает существенное отличие этой группы от предыдущей. Пароксизмальные явления происходят, как правило, однократно и кратковременно.

*Вздрагивания.* Для подросткового возраста вздрагивание является нормальной физиологической реакцией. Если такой феномен проявляется в детском возрасте, имеет динамику роста (встречается неоднократно в течение ночи) и сочетается с другими нарушениями сна (страхами, судорогами и т. п.), он, несомненно, является патологическим признаком, а в некоторых случаях может считаться элементом эпилепсии. ЭЭГ исследования показали, что вздрагивания наблюдаются в первой поверхностной стадии сна и проявляются в виде спайкоподобной активности. После вздрагивания наступает мгновенное пробуждение с последующим быстрым углублением сна, что расценивается как компенсаторный механизм, препятствующий патологическому углублению медленного сна.

*Бруксизм (скрипение зубами).* Эпизодически встречается у 5 % населения всех возрастов, но чаще в 10—13 лет. Бытующее мнение о связи бруксизма с инвазией глистами не подтверждается в многочисленных

исследованиях. По данным ЭЭГ, этот феномен появляется во второй стадии сна и сопровождается появлением К-комплексов, падением амплитуды ЭЭГ по всем отведениям и нерегулярной альфаподобной активностью. Одновременно наблюдается изменение сердечной активности, кровяного давления и частоты дыхания. Часто бруксизм сопровождается другими более тяжелыми патологическими явлениями сна, такими как судороги и сомнамбулизм (снохождение). Поэтому при большой его выраженности и сочетании с другими нарушениями сна (особенно в детском возрасте) требуется тщательное обследование и психофармакологическая коррекция. В целом считается, что бруксизм является одним из физиологических механизмов, регулирующих продолжительность и глубину медленноволновой стадии сна.

*Ночные страхи.* Чаще всего проявляются как внезапное двигательное возбуждение в состоянии глубокого сна, во время которого ребенок кричит, мечется, дрожит. Разбудить его в этот момент очень тяжело, а после пробуждения он ничего не помнит о случившемся. Среди детей, больных эпилепсией, ночные страхи встречаются вдвое чаще, чем среди других, что дает повод относить этот феномен к ранним факторам проявления болезни. Однако нельзя полностью отрицать и функциональную роль этого явления как механизма, регулирующего продолжительность медленноволнового сна, так как в ЭЭГ ночные страхи регистрируются в 3-й и 4-й стадиях преимущественно второго или третьего цикла сна (обычно около часа ночи). Тем не менее, четко установлено, что ночные страхи встречаются в большинстве случаев развития пограничных психических расстройств у детей. Поэтому наличие такого феномена требует тщательного обследования ребенка.

*Астматические приступы во сне.* Проявляется во внезапном нарушении дыхания во время сна. У маленьких детей может быть нарушен и вдох, и выдох. У детей более старшего возраста, как правило, нарушен только вдох. Ребенок пробуждается со стоном, лицо краснеет, затем резко бледнеет. У маленьких детей приступ часто сопровождается повышением температуры, учащенным дыханием и сердцебиением, иногда потерей сознания и судорогами. Заканчивается приступ через несколько минут отрыжкой, рвотой или чиханием, после чего ребенок засыпает. Следующий приступ возникает не ранее чем через несколько часов. В 70 % случаев астма возникает до 3 лет. Наблюдается два пика: в возрасте 2 года и 6—7 лет. Часто астматическому приступу предшествуют так называемые предвестники: головные боли, крапивница, отеки и т. п. Исследования показывают, что приступ развивается в 3-й стадии первого или второго цикла сна. Ему предшествуют пароксизмальные выбросы на ЭЭГ. После приступа наблюдается нормализация электрографических показателей и структуры сна.

У таких детей наблюдается нарушение общего биоритма: сонливость днем, неравномерная активность в течение дня (вялость утром, расторможенность к вечеру), трудности засыпания, другие (кроме астмы) нарушения сна (вздрагивания, бруксизм и т. п.). У них наблю-



даются крайности в поведении. Это либо гиперактивные, агрессивные дети, либо «маленькие старички» — тихие, печальные, по-взрослому рассудительные.

Первые нарушения сна появляются у детей-астматиков задолго до первых приступов астмы. Характерно длительное возбуждение перед сном, трудности засыпания, беспокойство во сне, поза сна с запрокинутой головой или даже в полусидящем положении, хрипы и стоны во сне, энурез. Когда появляются первые приступы астмы, многие из перечисленных нарушений сна исчезают. Однако может наблюдаться длительное чередование эпизодов астмы и энуреза. Все перечисленные особенности, по мнению А. Ц. Гольбина, позволяют сделать вывод о том, что происхождение и развитие астматических приступов связано с дефектами созревания механизмов сна. Физиологическое значение этого феномена на начальных этапах, как и других пароксизмальных явлений во сне, заключается в активации мозговых структур, которая способствует смене циклов сна. Об этом свидетельствует также тот факт, что при появлении астматических приступов ночью значительно уменьшается общее беспокойство ребенка днем. Таким образом, приступы играют компенсаторную роль при нарушении взаимодействия между структурами мозга. Указанные механизмы нельзя не учитывать при лечении астмы у детей. Прежде всего необходимо обращать внимание на расстройство и компенсацию механизмов сна, а не на саму аллергическую реакцию, которая является вторичной. Поэтому на первых стадиях развития аллергии применение антиаллергических и гормональных средств, а также больших доз спазмолитиков, совершенно неоправданно. Все эти препараты резко нарушают систему регуляции сна, и часто способствуют не облегчению, а усилению тяжести заболевания. К нарушению структуры сна приводит также применение в качестве снотворных барбитуратов, которые тоже учащают приступы.

Здесь необходимо сказать, что в 90-х годах прошлого столетия я провел небольшое исследование данных ЭЭГ детей-астматиков. Вывод этих исследований мною до сих пор не оформлен научно, но их результаты крайне интересны. У 70 % таких детей на ЭЭГ была обнаружена пароксизмальная активность (судорожная готовность). В процессе лечения (средствами противопароксизмального и ноотропного действия, о чем я расскажу в главе о коррекции нарушений), по мере исчезновения пароксизмальности в электроэнцефалограммах, астматические приступы урежались, а нередко и исчезали.

К средствам, улучшающим структуру сна, относится эуноктин, ножные валериановые ванны. Эффективным в этом случае оказался антигистаминный препарат дедалон. Необходимо также применять психотерапевтические методы лечения, а для детей старшего возраста и подростков — интенсивно осваивать аутогенную тренировку. Кроме регуляции сна необходимо обратить внимание на повышение уровня и стабилизацию дневного бодрствования, которое достигается приме-

нением ритмической двигательной нагрузки, а также использованием адаптогенов: элеутерококка, женьшеня, левзеи, аралии, элимизола и других (более подробно о лечении нарушений сна также будет рассказано в отдельной главе).

К другим распространенным вегетативным пароксизмам во сне относятся: внезапное *обильное потение, чувство жара в ступнях, носовые кровотечения, и рвота*. Как правило, эти феномены встречаются в 1-й и 3-й стадиях сна. Наиболее частым из них является обильное потение, которое является предвестником начинающейся патологии, например, астмы, увеличения внутричерепного давления, усиления гиперактивности и т. д. По нашим наблюдениям, появление обильного ночного потения в процессе лечения пограничных психических расстройств у детей, служит своеобразным показателем кризиса в лечении, после которого, как правило, наступает улучшение состояния больного. Однако в некоторых случаях (при неправильно подобранных психофармакологических препаратах или их дозировке, нарушениях режима и врачебных предписаний и т. п.) ночное потение может служить также признаком ухудшения состояния больного. Во всяком случае, прогностическое значение этого феномена не вызывает сомнений, и появление его должно настораживать как родителей ребенка, так и лечащего врача.

Широкий спектр вегетативных пароксизмальных реакций во сне отражает незрелость регуляторных возможностей ЦНС. Все они представляют собой усиленный вариант наблюдающихся в норме явлений и исчезают либо в процессе созревания нервной системы ребенка (самопроизвольно), либо в ходе лечения, направленного на восстановление нарушенного взаимодействия между структурами мозга и цикличности сна. Все сказанное в полной мере относится и к энурезу, но в силу его большой распространенности и ряда особенностей, этот феномен требует отдельного рассмотрения, что я и сделал в предыдущей главе.

*Сложные формы психической деятельности во сне.* Проявление этих форм психической деятельности у человека, наряду со специальными опытами на животных, служит ярким доказательством активности мозга во время сна. Выделяют несколько наиболее часто встречающихся видов сложной психической активности в состоянии сна: сновидение, снохождение (сомнамбулизм) и кошмарные сновидения. Последние, в отличие от страхов во сне, отнесены к сложной психической деятельности главным образом потому, что встречаются исключительно в парадоксальной стадии сна и представляют собой проявление бессознательного в психической деятельности человека, на что впервые указывали еще классики психоанализа З. Фрейд и К. Юнг [Фрейд З., 1922; Юнг К. Г., 1984, 1987].

*Сногворение.* Наиболее распространенный феномен сна не только у детей, но и у взрослых. Записями ЭЭГ во время сна установлено, что сногворение наблюдается вовремя медленноволнового сна и в ПС. В последнем случае оно происходит значительно реже, но выражено

более четким произношением слов и более логическим построением фраз. О сноговорении, как патологии сна у детей, следует говорить только в том случае, если оно достигает большой степени выраженности, сопровождается другими нарушениями цикла сон-бодрствование или непосредственно предшествует им. Как и другие формы двигательной активности во сне, сноговорение способствует переключению стадий сна (например, переходу из медленноволновой стадии сна в ПС).

*Сомнамбулизм (снохождение, лунатизм).* Наиболее выражен в детском возрасте. Проявляется обычно через 1,5 часа после засыпания. Продолжая спать, ребенок начинает шевелиться, приподнимает голову, оглядывается, что-то невнятно говорит. Затем садится, начинает искать что-либо около кровати (например, тапочки), встает. Глаза при этом широко открыты, зрачки сужены, взгляд застывший. Может производиться целенаправленная двигательная активность, и даже сложная деятельность (например, подготовка уроков). Часто развернутая картина сомнамбулизма провоцируется сильными эмоциональными переживаниями прошедшего дня (как положительными, так и отрицательными) или соматическими заболеваниями с высокой температурой (особенно при резком ее падении). Иногда провоцирующим моментом является простое насильственное пробуждение из фазы медленного сна. ЭЭГ записи (с помощью телеметрической аппаратуры) показали, что сомнамбулизм начинается в 3-й или 4-й стадии сна первых циклов со всплеск генерализованной тета- или дельта-активности. Во время самих снохождений ЭЭГ-активность имеет большое сходство с таковой при глубоких стадиях гипноза. Появляется так называемый нереактивный альфа-ритм, который не подавляется световыми и прочими раздражителями, не меняется при закрытии или открытии глаз и т. п. После самостоятельного пробуждения воспоминания о действиях у больных практически полностью отсутствуют [Вейн А. М., 1974].

*Кошмарные сновидения.* Наблюдаются, как правило, в парадоксальной стадии сна, имеют два пика появления (в возрасте 4—7 лет и 10—14 лет), хорошо запоминаются и тяжело переживаются детьми. Наблюдаются у многих детей (особенно после страшных телефильмов), но наиболее характерны для детей с неврозами. У них наблюдается значительное увеличение продолжительности ПС сна, что может компенсировать недостаточную поисковую активность днем (вспомним гипотезу Аршавского и Ротенберга, изложенную выше), обусловленную повышением степени тревожности. Таким образом, кошмарные сновидения у детей являются как бы предвестниками развивающегося невроза.

Надо отметить, что элементы сноговорения, сомнамбулизма и кошмарных сновидений являются феноменами, необходимыми для нормального развития нервной системы ребенка особенно на ранних этапах ее созревания. Не исключено, что длительная парадоксальная стадия сна новорожденного свидетельствует о перезаписи с генетических программ сложных образов архетипов, данных нам в коллектив-

ном бессознательном, в программы психонервной памяти, действующие позднее в сновидениях. Не исключено также, что происходит своеобразная тренировка межполушарных взаимодействий, так как в состоянии сна преобладает правополушарное доминирование. Однако, с выходом этих регуляторных механизмов за определенные рамки, развивается патология, которая проявляется в первую очередь в нарушениях сна.

*Нарушения «переключения» в цикле сон-бодрствование.* Переход от бодрствования ко сну и от сна к бодрствованию у детей отличается рядом своеобразных особенностей по сравнению со взрослыми. Многие из этих особенностей связаны с недостаточной развитостью механизмов переключения в цикле сон-бодрствование. Существует возрастная динамика развития таких механизмов и задержка генетически запрограммированного развития, связанная с нарушением взаимодействия между структурами мозга, вызванная различными причинами, например минимальной дисфункцией мозга.

*Нарушение засыпания.* Для детей первого полугодия жизни среди причин нарушения засыпания и беспокойного сна первое место занимает задержка созревания механизмов сна. Такие нарушения выражаются прежде всего в том, что ребенок грудного возраста перестает спать ночью, кричит, путает день с ночью, т. е. днем спит чаще чем ночью, и т. п. Соматическое обследование, как правило, патологии не выявляет. На ранних этапах созревания цикла сон-бодрствование большую роль играет развитие вестибулярной системы, которая организует циркадный (суточный) ритм. Для проверки степени развития вестибулярной системы существует следующий несложный прием, предложенный А. Ц. Гольбиным [1979, с. 206].

Грудного ребенка, поднятого в вертикальное положение, быстро поворачивают вправо или влево вокруг вертикальной оси. С самого рождения ребенка, в случае нормального созревания вестибулярного анализатора, при повороте туловища голова и глаза должны некоторое время после поворота туловища сохранять исходное положение. Если при повороте туловища голова и глаза младенца «болтаются» вместе с поворотами туловища, это является симптомом нарушения созревания вестибулярной системы. Исследования показали, что в 90 % нарушений засыпания и сна у младенцев, описанный поздотонический рефлекс отсутствует (т. е. голова и глаза при поворотах не сохраняют исходного положения).

После первого года жизни второй пик нарушений засыпания приходится на возраст 12—15 лет, что может совпадать с завершением становления биоритма сон-бодрствование или некоторым запаздыванием такого становления у детей с минимальной дисфункцией мозга. Запись ЭЭГ у таких детей характеризуется низкоамплитудной быстрой активностью (альфа и бета ритмы) в состоянии бодрствования, и дезорганизацией циклов сна с увеличением продолжительности поверхностного сна ночью.



*Нарушения пробуждения.* Как мы уже говорили, нарушение пробуждения может быть связано с удлинением стадии парадоксального сна у тревожных детей с неврозом. У них также наблюдается общее увеличение продолжительности сна до 11—12 часов (вместо 8—10 часов в норме). Трудное пробуждение может наблюдаться у ослабленных в результате соматических заболеваний детей, а также у детей с энурезом. При этом проявляется неодолимое желание спать, на вопросы ребенок часто не отвечает или отвечает невпопад. Иногда наблюдаются сильные аффективные реакции (агрессия или страх), спутанность сознания — ребенок как бы продолжает видеть сон, и действует в соответствии с его содержанием. Аффективная окраска поведения может сохраняться длительное время после пробуждения, и часто относится окружающими на счет невоспитанности и даже умственной отсталости ребенка. Однако никакие самые строгие педагогические меры не могут изменить положение, а иногда только усугубляют его. Ведь нельзя же наказывать ребенка за то, что он видит сны! Точно так же нельзя наказывать за изменение нормального цикла сон-бодрствование. Обычно такие состояния исчезают сами с возрастом или после излечения основного заболевания, например невроза, методом коррекции взаимодействий между структурами мозга.

*Инверсия цикла сон-бодрствование.* Выражается устойчивой сонливостью днем и бессонницей ночью. Считается возвратом к более ранним формам биоритма. Часто наблюдается при различных психоневрных заболеваниях и может быть ранним симптомом этих заболеваний.

Я специально достаточно подробно в данной главе привел материалы из книги А. Ц. Гольбина «Патологический сон у детей», поскольку, как я говорил во введении, найти ее сегодня, даже в медицинских библиотеках, не представляется возможным, и такое дублирование, я уверен, станет полезным для тех, кто будет читать эту книгу.

## Глава 4

# ЭНКОПРЕЗ

Недержание кала, неспособность контролировать акт дефекации называют *энкопрезом*. Наблюдают его, как правило, у детей. У взрослых энкопрез обычно имеет органическую природу (травма, опухоль, выпадение прямой кишки). Заболеванию часто предшествует задержка стула. Частота встречаемости — 1,3 % среди детей старше 4 лет. У 70 % пациентов заболевание начинается до 5 лет. Преобладающий пол — мужской (1,5:1). Термином «энкопрез» обычно обозначают недержание кала функциональной природы: как правило, проктологи и неврологи при обследовании не находят каких-либо анатомических (механических) и неврологических изменений, которыми можно было бы объяснить данное расстройство. По данным разных авторов, большинство детей начинают удерживать кал в возрасте 1—2 лет, однако, как и при недержании мочи, до четырех лет (с учетом хронологического и психического возраста) диагноз «энкопрез» («энурез») не ставится, поскольку процесс формирования навыков опрятности (?) может задерживаться у недоношенных и часто болеющих детей. В отличие от энуреза, энкопрез чаще всего проявляется в дневные часы в бодрствующем состоянии и очень редко отмечается во время сна.

Ниже я представлю общее мнение о причинах и механизмах этого заболевания, составленное мной из немногочисленных литературных данных.

Основной причиной возникновения энкопреза являются хронические психотравмирующие конфликтные ситуации, которые носят своеобразный характер. Многие исследователи этого вопроса склонны считать, что энкопрез представляет собой реакцию протеста вследствие внутрисемейных конфликтов, связанных с приходом в семью отчима или мачехи. Возможен протест и иного рода. Замечено, что данная болезнь часто возникает в тех семьях, где родители, особенно мать, уделяют неоправданно большое внимание физиологическим отправлениям ребенка. В качестве протеста может возникнуть нарушение регулярности дефекации, вначале в виде задержки стула, а затем недержание кала.

Играет немаловажную роль и острая психотравма (внезапный испуг), после чего наступает понос («медвежья» болезнь), что в дальнейшем может перейти в энкопрез. Известно, что в случае волнения и эмоционального напряжения возникают частые позывы к мочеиспусканию

и дефекации. Такое состояние следует рассматривать как обычную реакцию на стресс, но у детей с определенным преморбидным состоянием она может послужить началом энкопреза.

Нередко наблюдается энкопрез в тех семьях, которые взяли на воспитание отказных детей. Примечателен и тот факт, что указанное расстройство преимущественно встречалось у тех детей, которые взяты в семью в возрасте 2—3 лет. Возможно, что в таких случаях требование обычных навыков опрятности воспринимается ребенком как насилие над его свободой.

В хорошо обеспеченных материально семьях с высоким социальным положением родителей энкопрез встречался чаще, чем в обычных семьях. В подобных случаях редко удавалось выявить конкретную психотравмирующую ситуацию, однако было установлено, что эти родители уделяли мало внимания воспитанию ребенка. Последним в основном занимались бабушка и домработница. Возможно, что в таких случаях была своеобразная реакция протеста ребенка, психологическая цель которой — повысит к себе внимание родителей.

Перечисленные выше психотравмирующие ситуации, при которых иногда встречается энкопрез, могут быть причиной и других клинических форм общих и системных неврозов. Возникает традиционный вопрос о причине выбора органа. По-видимому, как и при других неврозах, это обусловлено особенностями развития организма и формирования личности.

В этиологии энкопреза несомненна роль легких ранних органических поражений нервной системы, возникающих до и во время родов, а также в первые годы жизни. Имеют значение и хронические соматические заболевания, особенно желудочно-кишечного тракта с формированием запоров [Буянов М. И., 1985; Лебедев Б. В. и др., 1995; Шамансуров Ш. Ш. и др., 2007].

Механизм возникновения энкопреза окончательно не установлен. Предпринималась попытка рассматривать энкопрез с позиции формирования навыков опрятности. Однако это не дало сколько-нибудь существенных результатов, аналогичных тем, которые были получены при изучении ночного энуреза (?).

Детские неврологи и психиатры в течение последних 15—20 лет используют классификацию энкопреза, построенную по принципу, аналогичному классификации энуреза. По времени возникновения различают первичный (продолжение физиологического недержания кала) и вторичный (развивается после выработки навыка опрятности, продолжающегося не менее года) энкопрез. В зависимости от предполагаемых причин возникновения выделяют психогенный — невротический (проявление системного невроза) и патохарактерологический (выраженная реакция протеста) энкопрез, а также неврозоподобный. Психогенный энкопрез всегда вторичный, так как нет врожденных неврозов; неврозоподобный энкопрез может быть, как первичным, так и вторичным. С. Н. Прусаков (1996) выделяет также идиопатический

энкопрез, куда относит те случаи заболевания, которые не имеют известной или вероятной этиологии, за исключением возможности наследственной предрасположенности.

Энкопрез характеризуется непроизвольным или частично осознанным (реже) отхождением кала. Различные клинические формы энкопреза (согласно используемой в настоящее время классификации) отличаются друг от друга временем возникновения непроизвольной дефекации, сопутствующими симптомами, провоцирующими факторами и отношением ребенка к своему состоянию.

Так, первичный энкопрез является продолжением физиологического непроизвольного каловыделения, т. е. возникает без выработки навыка опрятности. Такие дети в дошкольном и раннем школьном возрасте в большинстве случаев индифферентно относятся к своему состоянию и лишь в 12—14 лет начинают переживать свой дефект из-за замечаний и насмешек сверстников. У них постепенно формируются вторичные психопатологические черты характера. Такие больные становятся угрюмыми, замкнутыми или, наоборот, повышенно агрессивными. И все же отношение к первичному энурезу и энкопрезу бывает несколько различным. Больные с энкопрезом чаще и более рано реагируют на свой дефект, чем больные энурезом. Возможно, это связано с тем, что энкопрез труднее скрыть от окружающих, что является причиной отрицательного отношения к такому ребенку. Если энкопрез сочетается с профундосомией (глубокий сон), то одновременно может наблюдаться и ночной энурез (?).

Первичный энкопрез, как правило, наблюдается в дневное время. В анамнезе таких больных часто отмечаются множественные факторы риска в дородовом периоде и во время родов, а в первые годы жизни нередко диагностируется ранняя детская нервность. В ряде случаев бывает задержка темпов психомоторного развития, но уже к 1,5—2 годам они, как правило, догоняют своих сверстников.

Вторичный энкопрез, как правило, психогенно обусловлен и возникает в основном в дневное время. Он наступает преимущественно вследствие конфликтных ситуаций в семье, в которые вовлечен ребенок, воздействия факторов эмоциональной депривации и острых психотравм (реакция испуга). Клинически наблюдаются некоторые различия в зависимости от разновидностей психогенного энкопреза — невротического или патохарактерологического.

При невротическом энкопрезе ребенок, по словам родителей, обычно немного пачкает штаны, не ощущая позыва на дефекацию. Это может наступить при эмоциональном напряжении, например, во время игры (забегался, заигрался) или без видимой причины. Такие дети болезненно переживают свой дефект, стыдятся его, прячут запачканное белье и т. д. Однако в ряде случаев можно наблюдать почти безразличное отношение ребенка к своему состоянию.

Несколько по-иному протекает патохарактерологический энкопрез, который почти всегда является реакцией протеста. Последняя, к при-



меру, может быть направлена на приход в семью отчима или мачехи, посещение детского сада. Этот вид энкопреза обычно наступает у детей дошкольного возраста, и особенно в тех случаях, когда изменение внешней обстановки сопровождается наказанием или вызывает у ребенка отрицательные эмоциональные реакции [цит. по: Шанько Г. Г. и др., 2007].

Г. Г. Шанько с соавторами отмечают, что среди различных психоневрологических проблем в детской неврологии особое место занимает энкопрез неорганического происхождения. Это «повторяющееся произвольное или непроизвольное отхождение кала обычно нормальной или почти нормальной консистенции в местах, не предусмотренных для этой цели социально-культурным окружением индивида. Расстройство может представлять собой аномальную продолжительность нормального для младенца недержания кала: оно может проявиться в потере контроля над действиями кишечника у индивида, ранее имевшего навык такого контроля, или может включать умышленную дефекацию в неподходящих местах, несмотря на нормальный психологический контроль над действиями кишечника. Состояние может встречаться как моносимптоматическое расстройство или может являться частью более обширного расстройства, главным образом эмоционального расстройства или расстройства поведения. В плане используемой терминологии сюда относятся функциональный энкопрез, недержание кала неорганической природы, психогенный энкопрез.

Казалось бы, все понятно, однако и в последние годы недержание кала неорганической природы многими авторами диагностируется как энкопрез (используем этот термин для простоты понимания). В зарубежной и русскоязычной литературе применяется также термин «фекальная инконтиненция».

Хотя данная болезнь не делает ребенка инвалидом, однако существенно осложняет его жизнь. Неопрятность больных является причиной конфликтных ситуаций в семье и школе. Таким детям трудно, а порой и невозможно находиться в домах отдыха, участвовать со сверстниками в соревнованиях, туристических поездках и других массовых мероприятиях. Постоянные насмешки и наказания способствуют развитию у ребенка чувства вины и собственной неполноценности, что отрицательно сказывается на формировании личности. Многие дети с энкопрезом становятся замкнутыми, апатичными, застенчивыми и уединенными, а в ряде случаев — агрессивными, озлобленными, склонными к конфликтам.

Вопросы энкопреза в одинаковой степени интересуют педиатров, детских неврологов, психиатров, проктологов, врачей, изучающих болезни прямой кишки, педагогов, воспитателей и многих других специалистов. Однако в плане практической медицины данной проблемой в целом и лечением больных должны заниматься детские неврологи» [Шанько Г. Г. и др., 2007].

Формированию энкопреза способствуют перенесенные в младенческом возрасте те или иные заболевания центральной нервной системы,

в том числе и перинатальная патология, воспалительные заболевания собственно кишечника и склонность к запорам. Чаще всего речь идет о запорах психогенного характера (обусловленного психотравмами) в семьях с повышенным вниманием к процессам питания, прибавки веса и регулярности опорожнения кишечника.

В. В. Ковалев (1990), относя энкопрез к невротическим расстройствам, пишет, что энкопрезом называют непроизвольное выделение испражнений, возникающее при отсутствии аномалий и заболеваний нижнего отдела кишечника или сфинктера анального отверстия. Заболевание встречается примерно в 10 раз реже энуреза. В. В. Ковалев считает, что наибольшее число случаев приходится на возраст от 7 до 9 лет. После 16 лет невротический энкопрез не встречается. У мальчиков он возникает чаще, чем у девочек, — в отношении 3:1 или даже 10:1.

Причиной возникновения энкопреза, по В. В. Ковалеву, являются в большинстве случаев хронические психотравмирующие ситуации в семье, длительная эмоциональная депривация, а также чрезмерно строгие требования родителей к ребенку (в отношении его опрятности, внешнего вида и т. п.). В зарубежной литературе основное значение в происхождении энкопреза придается роли нарушенных взаимоотношений между матерью и ребенком, а также наличию длительного внутрисемейного конфликта, «внешним выражением которого становится ребенок». Способствующими факторами «почвы» могут быть невропатические состояния и резидуально-органическая церебральная недостаточность. Патогенез энкопреза не изучен [Ковалев В. В., 1979] (это замечание В. В. Ковалева важно, так как о нашем понимании этого вопроса будет сказано в конце этой главы).

Клиника невротического энкопреза характеризуется тем, что у ребенка, имевшего до того навыки опрятности, периодически в дневное время отмечается небольшое количество испражнений на белье; чаще родители жалуются, что ребенок только «слегка пачкает штаны», в редких случаях обнаруживаются более обильные испражнения. Как правило, ребенок не испытывает позыва к дефекации, вначале не замечает наличия испражнений и лишь спустя некоторое время ощущает неприятный запах. В большинстве случаев дети болезненно переживают свой недостаток, стыдятся его, стараются спрятать от родителей испачканное белье. Своеобразной реакцией личности на энкопрез может быть чрезмерное стремление ребенка к чистоплотности и аккуратности. Частота недержания кала может быть индивидуально различной. Расстройство нередко отличается упорным характером. В большинстве случаев энкопрез сочетается с пониженным фоном настроения, раздражительностью, плаксивостью. Частым сопутствующим симптомом является невротический энурез.

Диагностика расстройства строится на основе сочетания непроизвольного недержания кала с различными невротическими нарушениями при наличии той или иной ситуации, травмирующей ребенка. Дифференциальный диагноз следует проводить с симптомом энкопреза

при олигофрении, шизофрении, органических заболеваниях головного мозга, а также с недержанием кала при аномалиях строения нижнего отдела кишечника (мегаколон) и заболеваниях спинного мозга.

В случаях шизофрении и резидуально-органических психических расстройств, в том числе сопровождающихся умственной отсталостью, недержание кала часто связано с патологией влечений (ребенок испытывает удовольствие, ощущая испражнения, может играть с ними), отсутствует чувство стыда, стремление скрыть недостаток. Мегаколон с раннего детства проявляется склонностью к упорным запорам, которые сопровождаются постоянным непроизвольным выделением небольших количеств испражнений. Недержание кала при заболеваниях спинного мозга сочетается с грубыми неврологическими расстройствами со стороны нижних конечностей и отличается обильными непроизвольно отходящими испражнениями. Невротический энкопрез следует отличать от дневного энкопреза, являющегося выражением патохарактерологической реакции пассивного протеста. В этом случае недержание кала имеет частично осознанный характер и возникает только в определенной ситуации, травмирующей ребенка (чаще всего при помещении ребенка в дошкольное детское учреждение, куда он не хочет ходить в связи с явлениями частичной эмоциональной депривации, а также из-за боязни разлуки с матерью или страха перед строгой воспитательницей). Энкопрез как проявление реакции протеста чаще бывает кратковременным и обычно сочетается с нарушениями поведения протестного характера.

Лечение невротического энкопреза более эффективно в условиях стационара или специализированного санатория, в условиях изоляции от психотравмирующей ситуации. Основным методом лечения является психотерапия (индивидуальная игровая, суггестивная, а также семейная). Кроме того, применяется тренировка функции контроля за стулом — ребенка несколько раз через определенные интервалы времени посылают на 5 мин в туалет, причем успешное опорожнение кишечника поощряется теми или иными средствами. Для купирования сопутствующих эмоциональных расстройств назначают прием транквилизаторов [Ковалев В. В., 1979].

Г. Г. Шанько с соавторами (2007) обращает внимание на то, что среди различных психоневрологических проблем в детской неврологии особое место занимает энкопрез неорганического происхождения. В МКБ-10 он относится к классу V «Психические расстройства и расстройства поведения» (шифр F98.1) и рассматривается как «Повторяющееся произвольное или непроизвольное отхождение кала обычно нормальной или почти нормальной консистенции в местах, не предусмотренных для этой цели социально-культурным окружением индивида. Расстройство может представлять собой аномальную продолжительность нормального для младенца недержания кала; оно может проявиться в потере контроля над действиями кишечника у индивида, ранее имевшего навык такого контроля, или может включать умышленную дефекацию

в неподходящих местах, несмотря на нормальный психологический контроль над действиями кишечника. Состояние может встречаться как моносимптоматическое расстройство или может являться частью более обширного расстройства, главным образом эмоционального расстройства (F93) или расстройства поведения (F91)». В плане используемой терминологии сюда относятся функциональный энкопрез, недержание кала неорганической природы, психогенный энкопрез. Из этой рубрики исключен «энкопрез БДУ» (без дополнительных указаний), он отнесен в раздел R15 «Недержание кала». «Казалось бы, все здесь понятно, однако и в последние годы недержание кала неорганической природы многими авторами диагностируется как энкопрез. В зарубежной и даже русскоязычной литературе используется также термин “фекальная инконтиненция” и даже “анальное недержание”», — замечают авторы [Шанько Г. Г. и др., 2007].

Продолжая, они делают свои выводы, опираясь на историю вопроса: «Указанная неоднородная терминология наводит определенную путаницу в правильном понимании данной проблемы. Все это можно объяснить неоднозначным толкованием термина “энкопрез”, который начиная с 1950 г. стали рассматривать как неорганическую форму недержания кала, когда при самом тщательном обследовании не удастся выявить признаков органического поражения для объяснения сущности данного патологического процесса. Это было четко сформулировано в МКБ-9 (1977), хотя в основной справочной медицинской литературе термин “энкопрез” рассматривался как синдром “недержания кала”. Сюда относили все случаи недержания кала при повреждении мышечной ткани и слизистой оболочки прямой кишки в результате травмы и пороков развития аногенитальной области, при воспалительных заболеваниях кишечника, опухолях малого таза, поражениях центральной и периферической нервной системы.

Почему наступило такое “невезение” в толковании энкопреза? Дело в том, что данная болезнь шифруется в разделе “Психические расстройства и расстройства поведения” (т. е. это психиатрическая проблема), занимаются ею преимущественно проктологи, изучающие в основном органические формы недержания кала и лишь попутно исследуя неорганические формы данной патологии, а больных в странах постсоветского пространства лечат, как правило, детские неврологи, которые в научном плане как бы обошли стороной указанную проблему. Поистине, тройное несоответствие.

Считаем, что в настоящее время в плане терминологии следует придерживаться выше приведенных рекомендаций МКБ-10, согласно которым энкопрез неорганической природы является лишь частью общего синдрома “недержания кала”. Этот диагноз правомочен только с 4 лет жизни. В настоящей работе в плане некоторого сокращения мы будем использовать термин “энкопрез”, понимая при этом, что он неорганической природы» [Шанько Г. Г. и др., 2007].



По мнению Г. Г. Шанько и др. (2007), распространенность данной патологии в детском возрасте изучена крайне недостаточно и, по данным отечественных и зарубежных авторов, колеблется от 0,3 до 8 %. Столь существенные различия, по-видимому, объясняются трудностью получения достоверной информации, так как многие родители скрывают это состояние, которое якобы позорит ребенка и указывает на его неполноценность. У лиц мужского пола встречается в 4—5 раз чаще, чем среди женского пола. В 50—60 % случаев носит вторичный характер, т. е. дети уже имели навыки опрятности.

«По нашим данным частота энкопреза в детском психоневрологическом отделении в разные годы колебалась от 1,2 до 2,6 % и составляла в среднем 1,8 %. За этот период частота ночного энуреза составила 10,7 %. Следовательно, энкопрез встречался в 6 раз реже, чем ночной энурез», — заключают исследователи и продолжают: «Механизм возникновения энкопреза изучен крайне недостаточно и до настоящего времени остается неизвестным».

При обсуждении причин возникновения энкопреза большинство авторов руководствуются наличием конкретных патологических факторов (психотравма, соматические заболевания и др.), непосредственно предшествующих возникновению данной болезни. Г. Г. Шанько с соавт. (2007) пишет: «Мы же рассматриваем этиологию энкопреза в плане наличия разрешающего фактора, после которого возникает эта болезнь, и предрасполагающих причин, или фона, которые способствуют развитию заболевания. При этом предрасполагающие причины — это все особенности развития организма и личности в целом в преморбидном периоде.

Среди обследованных нами 105 больных непосредственной причиной возникновения энкопреза (разрешающим фактором) в 47 случаях (44,7 %) были различные психотравмирующие воздействия: острые психотравмы в виде испуга животными, пьяным человеком, конфликтов между сверстниками и воспитателем в детском саду, острые реакции протеста на не удобную ребенку ситуацию, дорожно-транспортные происшествия без травматических повреждений, госпитализация по поводу соматических заболеваний; подострая психотравма вследствие временной перемены места жительства, поступления в школу с изменением условий посещения туалета, поездки в пионерский лагерь, частые необоснованные наказания; хроническая психотравма в виде повышенной требовательности родителей, превосходящей возможности ребенка, посещения музыкальной школы при отсутствии желания и способностей и др. В тех случаях, когда родители не могли указать возможную причину энкопреза, мы также выявляли наличие психотравмирующих воздействий — неполные семьи, приход в семью отчима или мачехи с возникновением реакции протеста ребенка, отсутствие должного внимания и заботы (факторы эмоциональной депривации), неправильная выработка навыка опрятности в раннем детском возрасте.

Патология преморбидного состояния в различной степени выраженности и в разных сочетаниях имела место у всех больных. Наиболее часто встречались патологическое течение беременности и родов, угроза выкидыша, кратковременная асфиксия в родах и родовая черепно-мозговая травма легкой степени тяжести, болезни органов пищеварения. Запорами страдало 40 (38,1 %) детей, кроме того, у 53 (50,4 %) обследованных в первые 3 года жизни была диагностирована ранняя детская нервность (невропатия), при которой практически всегда отмечались желудочно-кишечные расстройства» [Шанько Г. Г. и др., 2007].

Далее авторы ставят множество знаков вопроса, говоря о механизмах возникновения энкопреза (патогенезе): упоминаются теории приспособительной деятельности П. К. Анохина и К. В. Судакова; отмечается, что функциональная система, имеющая отношение к акту дефекации, к которой относится весь желудочно-кишечный тракт и его иннервационные механизмы; предполагается наличие коркового центра дефекации, хотя его точная локализация окончательно не установлена — верхняя часть предцентральной извилины, парацентральная доля, отсутствие четкой локализации данного чувства в коре и диффузное распределение на различных его участках; обсуждается версия, что патологическая основа для возникновения энкопреза может быть заложена уже в грудном возрасте, на что указывает большая частота ранней детской нервности (невропатии), которая сопровождается желудочно-кишечными расстройствами, в основном запорами; делается предположение, что имеет место своеобразная соматовегетативная дезинтеграция в области периферического или центрального отдела функциональной системы, регулирующей акт дефекации.

«Механизм возникновения энкопреза изучен крайне недостаточно и до настоящего времени остается неизвестным. Если исходить из ведущей роли психогенных нарушений, то остается нерешенным ряд вопросов. Почему психотравма вызывает в ряде случаев энкопрез, а не другие формы патологии, например общие неврозы, реактивные психозы и иные психоневрологические расстройства? Почему и каким путем возникает недержание кала, которое практически всегда проходит даже без лечения в подростковом возрасте? Неясна также роль часто встречаемых запоров в развитии энкопреза.

Механизм возникновения такого сложного и биологически важного процесса, как дефекация, может быть правильно осмыслен с современных воззрений на функциональные системы. Последние представляют собой динамически складывающиеся единицы интеграции целостного организма, избирательно объединяющие специальные центральные и периферические образования и направленные на достижение результатов приспособительной деятельности... Позыв на дефекацию исходит в основном из прямой кишки вследствие скопления там каловых масс. Сам акт дефекации состоит из двух фаз — непроизвольной и произвольной. В первой фазе содержимое кишечника попадает в прямую кишку, которая растягивается и приводит к расслаблению внутреннего

сфинктера. Вследствие этого кишечное содержимое передвигается книзу до входа в анальный канал, раздражая чувствительные зоны его слизистой оболочки. Удержание кала в этой фазе происходит вследствие сокращения наружного сфинктера и лонно-прямокишечной мышцы. Вскоре внутренний сфинктер релаксируется, перистальтика усиливается, содержимое кишечника поступает в ампулу прямой кишки и вызывает ее растяжение, раздражаются также рецепторы леваторной мышцы, нервные импульсы достигают высших отделов головного мозга, что вызывает позыв дефекации. Вторая фаза (произвольная) наступает при наличии соответствующих условий для совершения акта дефекации» [Шанько Г. Г. и др., 2007].

И далее рассуждения авторов переносят читателя к пресловутым *навыкам опрятности*: «Рассмотрим основные этапы развития навыков опрятности, т. е. формирование произвольного контроля акта дефекации. В течение первых примерно 6 месяцев опорожнение кишечника совершается автоматически по типу безусловного рефлекса. В дальнейшем перед дефекацией дети проявляют некоторое беспокойство (кряхтят, напрягаются, произносят различные звуки, иногда плачут и т. д.). Следовательно, у них возникает субъективное ощущение позыва на дефекацию, что соответствует началу выработки условного рефлекса. Субъективная потребность выделять каловые массы на некоторое время может подавляться. Идет формирование навыка опрятности. В возрасте 1—1,5 лет здоровый ребенок должен перестать пачкать одежду. Этот период контроля над актом дефекации может возникнуть у здоровых детей в 2—3 года или несколько позже. Во всяком случае, об энкопрезе как патологическом состоянии у детей можно говорить после 4 лет жизни. Способность контролировать опорожнение кишечника и ощущать различные тонкие аспекты потребности к дефекации связаны с функцией коры полушарий большого мозга. Не вдаваясь в детали этого вопроса, необходимо считать твердо установленным роль коры полушарий большого мозга в регуляции акта дефекации... Следовательно, рассмотрение энкопреза с позиции функциональных систем организма позволяет предположить конкретные причины и механизмы его возникновения с учетом предрасполагающих и разрешающих факторов. По нашему мнению энкопрез представляет собой своеобразную соматовегетативную дезинтеграцию в области периферического или центрального отдела функциональной системы, регулирующей акт дефекации» [Шанько Г. Г. и др., 2007].

Касаются исследователи и теории З. Фрейда об онтогенезе сексуального влечения. Согласно этим данным, в фазе анальной сексуальности с чисто психологической точки зрения стул для ребенка является ценной частью своего тела. Эротическое ощущение, сопровождающее процесс каловыведения, воспринимается его организмом как половое удовольствие. На этой теории я также хочу заострить внимание читателя, так как ниже в этой главе и в следующих главах коснусь ее, говоря о нашем понимании патогенеза энкопреза.

К энкопрезу, как считают специалисты клиники доктора Загера, открытой в Москве в 1999 году, приводят психологические причины (несвоевременное привитие гигиенических навыков, необходимость пользоваться туалетом в непривычном месте) и органические причины (трещина прямой кишки или болезненность акта дефекации другого происхождения, мышечная гипотония, недостаточная перистальтика). Энкопрез, как считают специалисты клиники, в большинстве случаев всегда уменьшается и в итоге вообще сходит на нет в период пубертата. Несмотря на все это, энкопрез может встречаться в любом возрасте. Это могут быть одноразовые случаи при сильном волнении или испуге, а также при различных расстройствах желудка. Само заболевание, обусловливается полной или частичной дисфункцией прямой кишки человека, а также дисфункцией сфинктера заднего прохода. Данное отклонение может быть вызвано каким-либо нарушением центральной или периферической иннервации. Энкопрезом могут страдать дети вследствие системных и частных неврозов. Но следует отметить, замечают авторы, что причин появления энкопреза гораздо больше и половина из них до сих пор неизвестна.

М. Раттер предложил схему дифференциальной диагностики энкопреза, которую я привожу ниже [Раттер М., 1987].

Таблица 1

| Энкопрез                                                |                                                                      |                                        |                             |                                      |                            |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|----------------------------|
| Нормальная консистенция каловых масс                    |                                                                      | Ненормальная консистенция каловых масс |                             |                                      |                            |
| происходит в определенных местах (психический энкопрез) | происходит неожиданно (отсутствие навыка контроля функции кишечника) | мягкий живот                           |                             | твердый живот                        |                            |
|                                                         |                                                                      | кишечник работает нормально            | аномальная работа кишечника | нормальное состояние сфинктера ануса | ослабление сфинктера ануса |

Автор схемы считает, что дифференциальная психодиагностика позволяет дифференцировать недостаточное развитие функции контроля за стулом и энкопрез, как психогенное расстройство, что служит показанием для проведения психотерапии. Но самодостаточна ли такая схема диагностики? Вопрос без ответа!

«К сожалению, научные исследования по энкопрезу проводятся крайне недостаточно, и практические врачи мало знакомы с этой болезнью. Даже в солидных руководствах, справочниках и учебниках по неврологии о нем или вообще не упоминается, или пишется крайне мало. Отсюда нет четких данных о распространенности энкопреза, причинах его возникновения и механизмах развития, нет общепризнанной классификации и даже в вопросах терминологии нет единого взаимопонимания» [информационно-образовательный портал о воспитании детей: <http://secret4you.ru>, 2007]. Обратите внимание, что и довольно



свежие данные из сети подтверждают сложность и малоизученность рассматриваемого мной вопроса.

Таким образом, выявление причин возникновения, диагностика и адекватное лечение энкопреза являются одной из самых сложных проблем в современной психоневрологии. В последние годы с развитием новейших методов объективного обследования пациентов, практическим врачам стали доступны серьезные научные данные, которые они могут использовать в диагностике, опираясь на классические клинические показатели. Одним из таких объективных методов является электроэнцефалография, которую следует признать одним из основных исследований при изучении психических и неврологических расстройств (об этом я уже говорил).

В этой главе я представляю Вам, читатель, наш особый взгляд на энкопрез как на синдром «фигового листка» (ранее мной было опубликовано несколько статей об этом синдроме совместно с В. И. Гарбузовым, Е. В. Фесенко и Л. П. Чуриловым — моими давними соавторами). Один из авторов упомянутых статей более 30 лет назад лечил пациентку с фобией загрязнения промежности при дефекации. Это была женщина среднего возраста, с высшим образованием, замужняя, мать студентки, домохозяйка, тем не менее делами по хозяйству в семье занимались муж, дочь и мать пациентки. Сама же пациентка была практически инвалидизирована навязчивыми ритуалами защиты от загрязнения и заражения микробной флорой. Она выработала режим дефекации — один раз в неделю при помощи клизмы. Ею соблюдалась строгая диета с ограничением клетчатки, овощей и фруктов. После акта дефекации практиковалось ритуальное, длительное подмывание, после которого производились двухчасовая, буквально до изнеможения, гигиеническая ванна и отдельно мытье рук, вплоть до мацерации кожи на них. Нижнее белье пациентка не надевала, «чтобы не загрязнять его», носила лишь ритуальную одежду — ситцевый халат, поэтому из дома не выходила. К промежности не прикасалась, а если это случайно получалось, то бесконечное подмывание начиналось вновь, как и «отмокание» в ванне. Спала в перчатках, соединенных тесемкой так, чтобы руки фиксировались на одеяле и не могли во сне оказаться под ним. Половая жизнь регламентировалась следующим образом: клизма — стул — подмывание — половой акт — подмывание — «отмокание» (гигиеническая ванна). Женщина не была фригидной, достигала оргазма, к мужу претензий сексуального характера не имела. И, подчеркнем, никакой иной, кроме фобий и obsessions, психопатологии у пациентки не выявлялось. По сути, таким образом, она была «рабой» особого отношения к своей промежности [Гарбузов В. И., Фесенко Е. В., Фесенко Ю. А., 2007; Гарбузов В. И., Фесенко Ю. А., Чурилов Л. П., 2007].

Между тем промежность, особенно у женщин, область особой интимности, сокровенности и забот... Широко известны особые дезодоранты для ухода за промежностью, особая гигиена промежности, «сверхчистая» смена нижнего белья и т. д. И это особое внимание к зоне «фиго-

вого листка» извечно! «Фиговый листок» это лист субтропического фигового дерева (инжира, или смоковницы), который используется для прикрытия половых органов у людей на картине или в скульптуре и в переносном смысле олицетворяет «лицемерное прикрытие чего-нибудь заведомо бесстыдного, нечестного» [Ожегов С. И., 1988].

Известно, что еще в Библии указано как на вопиющее к небу преступление Евы и Адама, на лицемерное прикрытие своей наготы листьями, после того как они «познали добро и зло», потеряли невинность неведения. И в Библии сказано, что после сотворения Евы и Адама «были оба наги, Адам и жена его, и не стыдились». И было сказано, что после грехопадения Евы и Адама: «И открылись глаза у них обоих, и узнали они, что наги, и сшили смоковые листья, и сделали себе опоясания» [Библия, 2002]. Так, согласно Библии, люди познали «стыд», связали область промежности с этим стыдом, с «нечистым», с бесчестием, с запретным, табу, с грехом, с чем-то особо сокрытым, тайным, глубоко интимным; с областью, с одной стороны, глубокого интереса и влечения, а с другой — греха, угрызений совести и страха совершения чего-то аморального, безнравственного. И заметим: первое, чем озаботились Адам и Ева, — сшили себе «опоясания» [Библия, 2002] из листьев смоковницы.

Сохранился миф о том, что священнослужители у древних иудеев уходили в море для сокрытого отправления выделительных функций. Мусульманка и сегодня ритуально следит за чистотой этой интимной области, а мусульманин после интимной близости с женщиной ритуально оmyвается, смочив при этом и волосы на голове. Племена каменного века, обитавшие в тропиках, носили набедренные повязки, при этом женщины ходили с обнаженной грудью, но закрывали набедренной повязкой промежность. Другими словами, проблема синдрома «фигового листка» — извечна, как и проблема «наготы».

Между тем проблема энкопреза, фобий и навязчивых ритуалов, связанных с функцией органов промежности, достаточно широко описана с клинической точки зрения. Однако все эти описания не имеют, как нам кажется, приемлемой психологической трактовки, если не считать оригинальных замечаний по этому поводу Зигмунда Фрейда.

В своей принципиальной публикации «Лекции по введению в психоанализ» З. Фрейд пишет о садистически-анальной фазе формирования сексуальности с элементами задержки дефекации. При этом, по Фрейду, ребенок воспринимает каловые массы как часть самого себя. Он манипулирует со своим калом, размазывает его и, в частности, ритуально вокруг кровати, на ножках кровати матери. Ребенок, по мнению Фрейда, относится к своим фекалиям как к самооценности и, с этих позиций, «предлагает своей матери кал в качестве подарка», как неотъемлемую и важную часть самого себя [Фрейд З., 1922].

Фрейд пишет, что, когда ребенка «отучат» от игры с калом, изменят его отношение к калу, он согласится с этим, но перенесет это отношение к калу на деньги как на ценность, как на эквивалент кала! В ре-

зультате при особой выраженности у ребенка садистически-анальной фазы формирования сексуальности формируется, по Фрейду, «анальный характер» с выраженной тенденцией к фиксации на «мое!», «не дам!», «я отрываю это от себя самого!». Дети, фиксированные на садистически-анальной фазе развития, удерживают кал, сдерживают акт дефекации в рамках аутоэротического удовлетворения своей сексуальности.

При формировании «анального характера» у ребенка закладывается склонность к «наоборотности» в поведении, когда он говорит: «Нет!», еще не выслушав просьбу, он — «вредный», конфликтный, повышенно требовательный, недоброжелателен к сверстникам, чрезвычайно самолюбивый и обидчивый, склонен к упрямству; он — «пакостник», склонен совершать действия и поступки, при этом часто — «исподтишка», которые как раз более всего порицаются родителями, воспитателями и учителями.

Став взрослым, такой человек склонен к сутяжничеству, конфликтности, нетерпимости, гипертрофированной скупости, «приземленности» интересов, а также к педантичности, утрированной аккуратности, ригидности, вязкости (к так называемой эпилептоидности), к эгоцентризму. Кроме того, в рамках истерического невроза энкопрез возникает чаще всего у детей со склонностью формирования «анального характера».

Однако для нас в таком понимании психических механизмов синдрома «фигового листка» и, в частности, энкопреза более важна психология бессознательного. Ведь по Фрейду механизмы этого синдрома неосознаваемы. Особенности «анального характера» недвусмысленно подчеркивают действительно «загадочное» отношение человека (на глубоко бессознательном уровне психики!) к этой зоне организма. Нет на нашем теле области такого принципиального значения, где на таком ограниченном пространстве было бы сконцентрировано столько проблемных вопросов, имеющих и эмоциональную, и соматическую, и гормональную, и интимную значимость, и влияющих на систему отношений личности [Фрейд З., 1980].

Итак, есть, как нозологическая единица, энкопрез — недержание кала или задержка дефекации на несколько суток при истерическом неврозе либо ритуальные действия с фекалиями при неврозе навязчивых состояний (обсессивно-конвульсивный невроз). Есть, как нозологическая единица, дневное недержание мочи невротического генеза (при истерии) и есть фобия неудержания мочи в публичном месте, фобия оказаться далеко от туалета при императивном позыве к мочеиспусканию при обсессивном неврозе. Есть фобия неудержания газов в публичном месте («осрамиться») при том же неврозе навязчивых состояний. И есть фобия «наготы», фобия оказаться неожиданно обнаженным, а тем более насильно обнаженным, как генерализация переживаний, связанных с обнажением половых органов (это — «стыдно!>). Все это мы и объединяем в синдром «фигового листка».

Синдромом «фигового листка» мы считаем прежде всего энкопрез — недержание кала или задержки дефекации невротической природы, относя его в одних случаях — к истерическому неврозу, в других — к неврозу навязчивых состояний. Мотивы истерического энкопреза эгоцентричны, пронизаны невротической (истерической) борьбой за безраздельное, тотальное внимание матери. Клиническая симптоматика такого невроза имеет конкретного адресата и ориентирована на личностные особенности матери — на ее тревожность в отношении здоровья своего ребенка. Клиника энкопреза истерически демонстративна, целенаправленна, например, на то, чтобы изгнать из квартиры и, соответственно, из круга интересов матери отчима или младшего брата. При энкопрезе кал выделяется постоянно, малыми порциями, а больной не замечает этого, «не чувствует дурного запаха». Такова при энкопрезе в рамках истерического невроза психологическая защита. Штанишки ребенка постоянно измазаны калом, что не вызывает беспокойства матери, так как он, по ее убеждению, «болен, и болен серьезно». В результате мы наблюдаем постоянную заботу о диете ребенка, регулярное назначение ему всевозможных слабительных средств, постоянное использование клизм, многократную за день смену трусиков. Забота о «регуляции» стула полностью захватывает мать, она становится рабой «болезни ребенка».

Если «истерическая цель» энкопреза — изгнать «младшего брата», то достигается переключение внимания матери с «маленького, но здорового» на «хоть и старшего, но больного». Если «истерическая цель» энкопреза — изгнать отчима, то тяжелый запах в квартире, где испачканные трусики, спрятанные ребенком в шкаф, под кровать, под матрас, быстро выживут из квартиры всех, кроме родной матери. Результат в обоих случаях один — достигнута «истерическая цель».

Энкопрез в рамках невроза навязчивых состояний характеризуется фобиями горшка в раннем детстве, навязчивым страхом «осрамиться», страхом неудержания кала или газов в публичном месте, «на людях». Невротик задерживает акт дефекации до нескольких дней, до того момента, когда уже необходима клизма, чтобы вызвать стул. З. Фрейд полагал, что задержка дефекации в этом случае характеризует бессознательное отношение к калу, как к «мое!», как к символу особой личностной ценности или как желание получить сексуальное удовлетворение при затрудненной попытке опорожнить кишечник. На наш взгляд, речь в таких случаях идет о фобиях, связанных с испытанной в раннем детстве болью при затрудненной дефекации (запорах) или, в более старшем возрасте, при геморрое.

Естественно, что к неврозу навязчивых состояний относятся и ритуалы, связанные с дефекацией, когда ребенок, к примеру, мажет фекалиями ножки и спинку материнской кровати, по типу ритуала ограничения зоны своего обитания у животных. При энкопрезе в структуре обсессивного невроза ребенок выполняет ритуальные действия с калом, пряча в вещах матери свои испачканные трусики для того, «чтобы мама



была здоровой, чтобы с ней ничего плохого не случилось», выявляя, таким образом, страх смерти и несчастного случая.

Энкопрез крайне редко встречается у девочек. Для них подобное истерическое реагирование неприемлемо и на бессознательном уровне. Существует предание об «эпидемии суицидов» на одном из островных государств в Древней Греции, где неожиданно в массовом порядке стали кончать с собой молодые девушки. Ими двигала истерическая индукция — подражание, вызванное повышенной внушаемостью. Истерическую «эпидемию» удалось прекратить только после того, как девушек, покончивших жизнь самоубийством, стали выбрасывать на главную площадь обнаженными... Такого позора женщина, страдающая истерическим неврозом, не может допустить, ведь в истерическом неврозе крайне важен фактор демонстративности синдрома, жажда восхищения, исключая насмешку, презрение, неэстетичность позы. Известен случай, когда женщина-врач прекратила истерические приступы у девушки, сказав ей наедине: «Господи, если бы ты видела, как жалко и некрасиво ты при этом выглядела!» [Гарбузов В. И., 1999]. Не исключено, что энкопрез во всех его разновидностях неприемлем как синдром невроза для девочек.

По нашим данным, энкопрез встречается у мальчиков в возрасте от 4—5 лет до 8—10 лет, реже — до 15 лет. В рамках истерического невроза энкопрез и дневное недержание мочи у детей встречаются в 12 % случаев. Недержание кала при энкопрезе мы наблюдали в 72 %, а задержку стула — в 28 % случаев.

Невротическое недержание мочи во время бодрствования отмечается у детей в тех случаях, когда имеют место эпизоды недержания мочи или фобии неудержания мочи в публичных местах, особенно на уроке в школе. В таких случаях ребенок посещал занятия, но нестерпимо страдал от страха «осрамиться». Все дети с дневным недержанием мочи в структуре невроза навязчивых состояний крайне переживали свой дефект, осознавая его, и стремились к излечению. Дети с истерическим недержанием мочи неосознаваемо сопротивлялись лечению. У них недержание мочи выявляло наличие бессознательного протеста против посещения детского сада или школы, против отчима, рождения следующего ребенка в семье. Нередко случалось выявлять у таких детей скрытое в бессознательной сфере психики стремление вновь «стать маленьким», поскольку новорожденный брат (сестра) обмачиваются постоянно и поэтому родители уделяют ему больше времени и заботы [Гарбузов В. И., 2001; Гарбузов В. И., Фесенко Ю. А., Чурилов Л. П., 2008].

Крайняя степень эгоизма — эгоцентризм. Эгоцентризм при энкопрезе истерического генеза проявляется с особой остротой, являясь патогномоничной (абсолютно характерной) для данного состояния личностной особенностью.

Синдром «фигового листка» у взрослых (в основном у женщин) проявляется как переживание чего-то нечистого, постыдного в отношении

«срамной» области — промежности и, соответственно, «аморального», «безнравственного», «нечестного». В одном случае речь при этом идет о гипертрофированном переживании чувства стыда и «вины» с желанием максимального сокрытия функций выделительных органов, их запаха, «неэстетичности их вида», с проблемой «загрязнения» их, в другом — о переживании проблем «биологической стороны половых отношений», их «постыдности», «животности», «потери романтизма, возвышенности отношений между мужчиной и женщиной».

При синдроме «фигового листка» в подростковом возрасте возникает проблема гипертрофированного переживания «наготы». Пик проблемы «фобии наготы» наблюдался в викторианскую эпоху, когда женщины полностью скрывали от постороннего взора руки, шею и ноги. Сегодня женщины «цивилизованного мира» обнажаются до пределов возможного, но — пока — прикрывают область «фигового листка». В проблеме патогенного переживания «комплекса страха наготы», возникновении ситуации оказаться перед посторонними обнаженным полностью доминирующим фактором являются личностные черты: повышенная ранимость, интровертированность, стыдливость, страх нарушения интимного пространства, проникновения нескромного взгляда в запретное, касающегося морали и нравственности. Особенно чувствительными относительно переживания «страха» наготы являются лица, страдающие «комплексом наличия психофизического дефекта», повышенно стыдящиеся «несовершенства» своего тела.

У женщин в рамках «синдрома фигового листка», когда он входит в структуру невроза навязчивых состояний, наблюдаются ритуалы борьбы с «загрязнением» и «инфекциями».

У детей «синдром фигового листка» чаще всего носит навязчивый характер и при истерическом, и при обсессивно-конвульсивном неврозе, причем, как правило, у болезненных детей и нередко у избалованных воспитанием по типу гиперопеки или у детей, которых родители неосознанно отвергают. Дети с истерическим неврозом при этом, будучи слабоадаптивными, тем не менее агрессивны, повышенно требовательны, а дети, страдающие неврозом навязчивых состояний, — крайне тревожны.

Перечисленные в главе 1 характерные признаки пограничных расстройств детского возраста дополняются, как уже было сказано, рядом широко распространенных так называемых моносимптоматических заболеваний в виде заикания, синдрома нарушения внимания с гиперактивностью, энуреза и других поведенческих реакций «протеста», таких как энкопрез, которые сигнализируют о патологическом развитии личности.

Методом кросскорреляционного компьютерного анализа электроэнцефалограмм больных детей 3—11 лет с нарушениями речи (заиканием, ОНР и др.), дисграфией, тиками, синдромом дефицита внимания с гиперактивностью и энурезом в наших ранних работах показано, что все указанные патологии имеют сходные нарушения взаимодействия

между корковыми структурами полушарий головного мозга (об этом я говорил в главе о пограничных психических расстройствах). Эти нарушения выражаются в пониженной активности, по сравнению с нормой, структур правого полушария (в передних отделах — при СДВГ и энурезе, в передних и теменно-затылочных отделах — при речевых нарушениях, дисграфии и тиках), что меняет взаимодействие между структурами правого и левого полушарий и приводит к нарушению процесса первичной обработки воспринимаемой информации.

**Исключение составляет именно энкопрез.** Загадка этого феномена, как я считаю, кроется в этиологии и патогенезе данного страдания, психопатологической основой которого мы и называли синдром «фигового листка». Нелишним, как нам кажется, будет вспомнить здесь о врачевателях восточной медицины, которые считают сакральный отдел позвоночника «вторым мозгом», подчеркивая значимость этой области. Не случайно при акупунктуре (иглоукалывании) уколы в активные точки сакрального отдела используется при многих заболеваниях центральной нервной системы (от неврастении до эпилепсии) [Лувсан Г., 1986].

На наш взгляд, поведение не создается индивидом произвольно и не вкладывается в него беспрепятственно окружающими, а представляет результат реализации его генетических программ в определенной среде, причем зависит от индивидуального и конституционального своеобразного метаболизма. Поэтому имеют немаловажное значение данные, отметившие у детей с энкопрезом ряд гормональных особенностей: повышение уровня панкреатического полипептида, сниженный мотилиновый ответ, тенденция к гипотиреозу [Stern Y. P., Stroh S. E. at al., 1995]. Все упомянутые гормоны имеют рецепторы в ЦНС и влияют на поведение и ЭЭГ. Предстоит оценить вклад этих нейроэндокринных особенностей в формирование синдрома «фигового листка», дополнив классическую патопсихологию патофизиологией.

## Глава 5

# КОРРЕКЦИЯ ЭНУРЕЗА И ЭНКОПРЕЗА ТРАДИЦИОННЫМИ МЕТОДАМИ: КОМПЛЕКСНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ

Судя по публикациям, касающихся *энуреза*, методов его лечения огромное количество. Так, еще в середине прошлого века Г. С. Зедгидзе (1954) говорил о существовании более 250 разнообразных методов терапии недержания мочи у детей и взрослых.

По мнению многих исследователей, самым распространенным методом является фармакотерапия (медикаментозное лечение). Разные авторы говорят об успешном применении различных групп лекарственных средств. Это и трициклические антидепрессанты (амитриптилин, мелипрамин), и психостимуляторы (сиднокарб, сиднофен, фенамин), и антидиуретические средства (адиурекрин, десмопрессин), и антихолинергические препараты (белладонна, атропин, теродилин), и нестероидные противовоспалительные средства, и ноотропы. Немало сведений и о фитотерапии (лечении с помощью трав): почечный чай, трава толокнянки, лист брусники, плоды шиповника, пион, душица, пустырник, рябина, сушеница топяная, Melissa лекарственная, крапива двудомная и пр.

С 30-х и до конца 70-х годов прошлого столетия для терапии энуреза применяли и хирургическое вмешательство, объясняя этот выбор случаями, когда исключался энурез неорганической природы, а отток мочи был затруднен (?!). Проводили операции по восстановлению шейки мочевого пузыря, по созданию искусственного сфинктера (жома), по расширению уретры (мочевыводящего канала), по расширению мочевого пузыря путем пересечения сакральных нервов и т. д. Осложнения, возникавшие в результате таких «косметических» оперативных вмешательств, были нередкими, и их тяжесть была явно непропорциональна тому, для чего делалась операция. Серьезные критические разборы таких операций многими ведущими специалистами страны, к счастью, прекратили подобные «эксперименты».

В. И. Шелковский с соавторами говорит о том, что эффективная терапия энуреза определяется этиологией указанного состояния. «В этой связи подходы к лечению этого патологического состояния чрезвычайно вариабельны, поэтому на протяжении многих лет медики



применяют самые разные терапевтические методы. В прошлом наличие энуреза нередко приписывалось позднему приучению ребенка к горшку, сегодня зачастую “виновными” оказываются одноразовые подгузники, хотя оба этих представления неверны... Хотя на сегодняшний день 100 %-ной гарантии излечения ночного энуреза, к сожалению, не обеспечивает ни один из известных методов лечения, некоторые терапевтические методики считаются высокоэффективными. Их можно условно разделить на: 1) медикаментозные (с использованием различных фармакологических препаратов); 2) немедикаментозные (психотерапевтические, физиотерапевтические и др.); 3) режимные» [Шелковский В. И. и др., 2002].

**Медикаментозные методы лечения.** По мнению В. И. Шелковского, в тех случаях, когда ночной энурез оказывается следствием инфекции мочевых путей, необходимо проведение в полном объеме курса лечения антибактериальными препаратами под контролем анализов мочи (с учетом чувствительности выделенной микрофлоры к антибиотикам и уросептикам).

«Психиатрический» подход к терапии ночного энуреза, как считает указанный автор, включает назначение транквилизаторов со снотворным эффектом для нормализации глубины сна (радедорм, эуноктин), при резистентности к ним рекомендуется (обычно при неврозоподобных формах энуреза) прием перед сном стимуляторов (сиднокарб) или препаратов тимолептитического действия (амитриптиллин, мелипрамин и т. д.) Когда имеется подтверждение тому, что недержание мочи не связано с воспалительными заболеваниями мочеполовой системы, предпочтение отдается имипрамину (мелипрамину).

При лечении невротического энуреза прибегают к назначению транквилизаторов: гидроксизин (атаракс), мезапам (рудотель), триметозин (триоксазин), мепробамат.

При лечении ночного энуреза, возникшего вследствие: 1) нестабильности функции мочевого пузыря; 2) нарушений мочеиспускания вследствие расстройств нейрогенного генеза (гиперрефлексия детрузора); 3) идиопатических нарушений функции детрузора (моторное недержание мочи), одним из наиболее эффективных медикаментозных средств называют десмопрессин, являющееся искусственным аналогом гормона вазопрессина, регулирующего в организме выделение и всасывание свободной воды. На сегодняшний день наиболее распространена и популярна его форма под названием адиуретин-СД в каплях [Студеникин М. Я., 2000; Шелковский В. И. и др., 2002].

**Немедикаментозные методы лечения.** Мочевые алармы (другое название — «мочевые будильники») предназначены для прерывания сна при появлении первых капель мочи с тем, чтобы ребенок мог закончить мочеиспускание в горшок или в туалете (при этом происходит формирование нормального стереотипа физиологических отправлений). Нередко оказывается, что указанные аппараты пробуждают не самого ребенка (если сон его слишком глубокий), а всех остальных

членов семьи. Схожий способ «выработки навыка» предлагал еще в начале XX века Ласков (известный «аппарат Ласкова»), когда электроды, наложенные на промежность больного, замыкались с появлением первой капли мочи, а образовавшийся разряд микротока будил спящего ребенка [Ласков Б. И., Креймер А. Я., 1975].

Альтернативой «мочевым алармам» служит методика ночных пробуждений по расписанию. В соответствии с ней ребенка будят в течение недели через каждый час после полуночи. По прошествии 7 дней его будят неоднократно в течение ночи (строго в определенные часы после засыпания), подбирая их таким образом, чтобы за оставшееся ночное время пациент не обмочился.

**Диетотерапия.** В целом в рационе значительно ограничивают жидкость. Из специальных диет при ночном энурезе наиболее употребительной считается диета Н. И. Красногорского, которая повышает осмотическое давление крови и способствует задержке воды в тканях, что уменьшает мочеотделение.

Особое значение авторы придают соблюдению специального режима: *«Режимные мероприятия.* При лечении ночного энуреза родителям и другим членам семей детей, страдающих этим состоянием, рекомендуется придерживаться некоторых общих правил (быть терпимыми, уравновешенными, избегать грубости и наказаний детей и т. д.). Необходимо добиться соблюдения режима дня. Важно постоянно внушать детям, страдающим энурезом, веру в собственные силы и эффективность проводимого лечения. Следует максимально ограничить потребление ребенком любой жидкости после ужина. По-видимому, нецелесообразно совсем не давать детям питья, но общий объем жидкости после последнего приема пищи следует сократить как минимум вдвое (против используемого). Ограничивают не только питье, но и блюда с высоким содержанием жидкости (супы, каши, сочные овощи и фрукты).

Постель ребенка, страдающего ночным энурезом, должна быть достаточно жесткой, а при глубоком сне ребенка необходимо несколько раз за ночь переворачивать во сне. Избегать стрессовых реакций, психоэмоциональных волнений (как позитивных, так и негативных), а также переутомления. Избегать переохлаждения ребенка в течение всего дня и ночи. Не давать ребенку продукты питания и напитки, содержащие кофеин или обладающие мочегонным действием. Необходимо настаивать на посещении ребенком туалета или «высадке» на горшок перед отходом ко сну. Нередко эффективным является искусственное прерывание сна через 2—3 часа после засыпания с тем, чтобы ребенок мог опорожнить мочевой пузырь. Однако, если при этом ребенок мочится в сонном состоянии (не проснувшись полностью), такие действия могут привести лишь к дальнейшему ухудшению ситуации. В тех случаях, когда имеет место повышенное давление мочи на сфинктер, может помочь придание возвышенного положения тазовой области или создание возвышенности под коленями (подкладывание валика соответствующего размера)» [Шелковский В. И. и др., 2002].

В принципе приведенные выше рекомендации по терапии энуреза не будут разительно отличаться от тех, которые можно обнаружить в имеющихся литературных источниках. Ниже я покажу тот *комплексный способ лечения*, который применяем мы, заранее оговорившись, что он основан на том, что энурез является компенсаторным механизмом в работе мозга ребенка: мы не боремся с симптомом — недержанием мочи во время сна. Мы восстанавливаем нарушенный сон, возвращая головной мозг ребенка в область нормальной саморегуляции. О вредности лечения, предполагающего «выработку навыков опрятности», «выработку способности просыпаться как по будильнику» и т. д., можно говорить долго. Достаточно сказать, что неизменно популярный в 70—80-е годы прошлого столетия препарат адиурекрин (или его синтетический аналог десмопрессин), задерживающий выработку мочи почками, неоднократно приводил к возникновению «адиурекриновых» судорог (отняли защиту — ночной эпизод недержания, имеющий целью восстановления формулы сна, причем у ребенка с судорожной готовностью, «эпилептическим очагом», по данным ЭЭГ, — вспомним А. И. Болдырева (1995), ставившим энурез рядом с эпилепсией!).

Итак, как было показано выше, в основе энуреза лежат нарушения циклических биоритмов сна. Не углубляясь в детали (о них говорилось ранее), можно сказать, что энурез выполняет защитную функцию, прерывая чрезмерно затянувшуюся медленноволновую стадию сна и не давая ей перейти в более грубую патологию (например, в летаргический сон или сомнамбулизм). Нарушения циклов сон-бодрствование связаны с первичными поражениями мозга, и все системные лечебные мероприятия здесь, так же как и для других пограничных психических расстройств, необходимы. Кроме того, полезно использовать ряд *дидактических методов*.

Так, необходимо проводить вечернюю физическую зарядку, о которой написано во многих руководствах. Ни в коем случае не рекомендуется насильственно будить ребенка, чтобы высаживать его на горшок. Это лишь приводит к углублению патологического осознания ребенком своей ущербности. Ребенка можно будить только в том случае, если он сам начинает беспокоиться, но не может проснуться. Рекомендуется нежными движениями перевернуть ребенка, стараясь не прервать его сон, так как мочится он в позе максимального расслабления, специфической для каждого больного (на животе или на спине). Переворачивание способствует смене фаз сна и предотвращает акт энуреза.

*Психофармакотерапия.* Ранее нами было показано [Лохов М. И., 1994; Лохов М. И., Фесенко Ю. А., 2000; Фесенко Ю. А., 2007], что основной причиной пограничных психических расстройств, к разряду которых относится и энурез, является нарушение межструктурного взаимодействия. На это указывает наличие патологической пароксизмальной ритмики в определяющих развитие взаимодействия зонах полушарий головного мозга (теменно-височных, теменно-затылочных). С физиологической точки зрения следует говорить о генераторе пато-

логически усиленного возбуждения в той или иной структуре мозга. В противном случае все патологические проявления, вызванные такими генераторами, включая пограничные психические расстройства, следовало бы «назвать разновидностями эпилепсии» [Крыжановский, 1980, с. 124], что вступает в явное противоречие с синдромальной и нозологической спецификой. Поэтому во всех случаях упоминания термина «эпилептический очаг» в тексте мы ставим знак равенства между ним и генератором патологически усиленного возбуждения или патологической доминантой.

Опираясь на воздействия, использующие активизацию резервов мозга и его механизмы саморегуляции, мы активно используем психофармакологические препараты, в частности те из них, которые избирательно подавляют активность патологических генераторов. В большинстве случаев обнаруженная пароксизмальная активность в ЭЭГ у больных пограничными расстройствами имеет стволное происхождение, о чем свидетельствуют характерные паттерны спектрального анализа. Очаги такой активности наиболее трудно поддаются коррекции, как обычными психотерапевтическими методами, так и методами, использующими адаптивное биоуправление.

В качестве основных препаратов, используемых для подавления пароксизмальной активности при энурезе и энкопрезе, нами применяются так называемые атипичные бензодиазепины — *клоназепам* (*антелепсин*) и *альпрозолам* (*ксанакс*, *кассадан*). В настоящее время выделено по крайней мере два типа бензодиазепиновых рецепторов, медиатором в которых служит ГАМК: БДР-1, ответственные за противотревожное и противосудорожное действие, и БДР-2, ответственные за седативное действие и миорелаксирующие эффекты. Значительная эффективность указанных выше препаратов обусловлена их в 3—4 раза большим (чем у типичных бензодиазепинов) сродством к БДР-1 [Вейн А. М., Мосолов С. Н., 1994]. Клоназепам при совместном применении не оказывает влияния на уровень *карбамазепина* (*финлепсина*), также используемого нами при наличии пароксизмальной активности в височных структурах головного мозга, что довольно часто наблюдается при пограничных расстройствах.

*Альпрозолам*. Синонимы — *кассадан*, *ксанакс*, *золдак*. Относится к производным бензодиазепина. В клинической практике назначается для снятия чувства немотивированного страха (при панических атаках), беспокойства, тревоги. [Машковский М. Д., 1997, Т. 1, с. 73—79].

*Карбамазепин*. Синонимы — *финлепсин*, *тегретол*, *тимонил* и др. Относится к производным иминостильбена, но структурно близок к трициклическим антидепрессантам группы дибензозазепина (например, имипрамину). Оказывает выраженное противосудорожное действие и в умеренной степени антидепрессивное и нормотимическое действие [Вейн А. М., Мосолов С. Н., 1994; Машковский М. Д., 1997, Т. 1, с. 37; Ретюнский К. Ю., 2000]. Карбамазепин вызывает индукцию



ферментов метаболизма клоназепама, альпразолама и некоторых других бензодиазепинов [Ciraulo D. et al., 1998].

Так как карбамазепин из всех препаратов, влияющих на судорожную готовность, имеет наименьшее число побочных проявлений, мы часто применяем его у детей. Иногда в сочетании с антелепсином. Из всех разновидностей карбамазепина наиболее мягким влиянием обладает тегретол, а наиболее жестким — финлепсин. Для детей до 7—9 лет нами используется только тегретол.

Усиление мощности бета-ритмической активности в ЭЭГ вызывает также применение анксиолитиков (транквилизаторов). Используемый нами препарат клоназепам, хотя и считается противосудорожным средством, был синтезирован как транквилизатор бензодиазепинового ряда. По нашим данным, его ЭЭГ-профиль при одноразовом применении в рекомендуемой терапевтической дозе соответствует профилю анксиолитиков: повышает мощность ЭЭГ в частотном диапазоне 15—26 Гц.

Так как прямой зависимости между клиническим действием и дозой упомянутых препаратов не установлено [Вейн А. М., Мосолов С. Н., 1994, с. 46], нами производится индивидуальный подбор дозировок по показателям ЭЭГ и самочувствию больного, что для детей требует довольно большой практики. Мы не используем суточных дозировок клоназепама больше чем 1—1,5 мг, распределенных на три приема. Также большое внимание уделяется плавному увеличению дозы препарата (в течение 1—2 недель) и плавному его снижению по окончании срока применения. Общая продолжительность курса не менее 2—4 месяцев с обязательным (по показаниям ЭЭГ) повтором в течение года. Подход к выбору дозировок остальных препаратов сходен с описанным для клоназепама.

Активация резервов мозга необходима практически при всех патологиях, в основе которых лежит первичное поражение мозговых структур. Даже если такое поражение не проявляется непосредственно, оно влияет на взаимодействие между структурами мозга, что фактически составляет патологическую базу многих психонервных заболеваний и, в частности, резидуально-неврологических расстройств. Повторим, что тотальная, ненаправленная активация в ряде случаев может усугубить и даже закрепить существующие нарушения во взаимодействии между структурами. Поэтому всякое такое воздействие, по нашему мнению, должно проводиться под тщательным объективным контролем за работой мозга.

Для активизации резервов мозга нами используются как классические ноотропы (пирацетам), так и вещества с ноотропным действием (пантогам, этимизол, кавинтон, инстенон, пикамилон). Основным критерий истинных ноотропных средств — избирательная активация энергетического обмена в нервных клетках. Поэтому у них практически не бывает вредных побочных воздействий на организм. В настоящее время они широко используются во всем мире здоровыми людьми

после 40 лет для сохранения интеллектуальных способностей и памяти от разрушающего действия процессов старения.

Классический ноотроп *пирацетам* (*ноотропил*) для детей нами применяется с осторожностью, так как в некоторых случаях выявляется его влияние на усиление пароксизмальной активности в разных зонах коры головного мозга и стволовых структурах. Это неудивительно, ибо тотальное повышение энергетического обмена в клетках головного мозга захватывает также клетки патологических генераторов, возможно, даже в большей степени, чем других клеточных структур. Поэтому мы применяем ноотропил и пирацетам у детей, не имеющих в ЭЭГ выраженной пароксизмальной активности (судорожной готовности), либо даем эти препараты под прикрытием средств, имеющих противосудорожное действие (антелепсин, финлепсин, бензонал, дифенин).

Более предпочтителен для детей с энурезом и энкопрезом *никамилон* (*никотиноил гамма-аминомасляная кислота*) — ноотропное средство, которое расширяет сосуды головного мозга. Оказывает также транквилизирующее, психостимулирующее, антиагрегантное и антиоксидантное действие. Улучшает функциональное состояние мозга за счет нормализации метаболизма тканей и влияния на мозговое кровообращение (увеличивает объемную и линейную скорость мозгового кровотока, уменьшает сопротивление мозговых сосудов, подавляет агрегацию тромбоцитов, улучшает микроциркуляцию). При курсовом приеме повышает физическую и умственную работоспособность, уменьшает головную боль, улучшает память, нормализует сон; способствует снижению или исчезновению чувства тревоги, напряжения, страха; улучшает состояние больных с двигательными и речевыми нарушениями. Принимается внутрь, независимо от приема пищи. При цереброваскулярных заболеваниях разовая доза — 20—50 мг 2—3 раза в сутки, суточная доза — 60—150 мг. Курс лечения — 1—2 мес. Повторный курс — через 5—6 мес.

И все же препаратом выбора для нас является *пантогам* (ПИК-ФАРМА; ИМГ РАН ГУ, Россия), кислоту гопантотеновую (кальция гопантенат — УфаВИТА, Россия), который представляет собой кальциевую соль Д-гомопантотеиновой кислоты и по своим свойствам имеет сходство с ГАМК и пантотеновой кислотой. Этот препарат не оказывает заметного влияния на ЭЭГ, но имеет выраженное противосудорожное действие на моделях коразоловых и электрошоковых судорог. Кроме того, пантогам снижает спонтанную двигательную активность, повышает устойчивость к гипоксии, снижает агрессивность и вызывает пролонгирование действия барбитуратов [Ковалев Г. В., 1990], не теряя при этом таких важных свойств, как улучшение памяти, повышение работоспособности, увеличение концентрации внимания. Имеются данные, что пантогам увеличивает количество межнейронных соединений за счет включения дополнительных связей в обход нарушенных [Ковлер М. А., Авакумов В. М., 1980], пролонгирует и несколько усиливает действие

бензодиазепинов (клоназепам и др.), что позволяет снизить суточную дозу последних при их совместном приеме.

В клинической практике пантогам применяется при детских церебральных параличах, как стимулятор психического развития ребенка для устранения последствий энцефалита, при эпилепсии, оказывает положительное влияние на невротические и неврозоподобные расстройства у детей и взрослых [Ковалев Г. В., 1990; Авруцкий Г. Я., Недува А. А., 1988].

Применяется пантогам внутрь, через 15—30 мин после еды. Разовая доза для детей — 0,25—0,5 г; суточная доза — 0,75—3 г. Курс лечения — 1—4 месяца, в отдельных случаях — до 6 мес. Через 3—6 месяца возможно проведение повторного курса лечения.

*Инстенон.* Комбинированный нейрометаболический препарат, в состав которого входят этамиван, гексобендин и этофиллин. Этамиван оказывает выраженное активирующее действие на лимбико-ретикулярный комплекс, что крайне важно для детей с МДМ. Эта активация служит пусковым механизмом для адекватного функционирования нейронных комплексов коры и улучшения взаимодействия коры головного мозга с его подкорково-стволовыми структурами. Гексобендин стимулирует анаэробное окисление, что ведет к усилению синтеза и обмена нейромедиаторов и к активизации синаптической передачи. Кроме этого, гексобендин поддерживает адекватную регуляцию церебрального кровотока. Этофиллин путем активизации миокарда способствует улучшению микроциркуляции в нервной ткани. Его активирующее действие на ЦНС проявляется в стимуляции подкорковых образований, структур среднего мозга и ствола (Заваденко Н. Н. и др., 2005). Назначается инстенон перорально в таблетированной форме, 2 раза в день после завтрака и обеда, обязательно с постепенным повышением дозы в течение 9 дней. Максимальная суточная доза для детей 4—6 лет — 1,5 таблетки, 7—9 лет — 2 таблетки, 10—12 лет — 2,5 таблетки. Длительность курса — 1—1,5 месяца, обычно в весенне-осенний период.

Еще одним используемым нами препаратом, обладающим ноотропными свойствами, является *этимизол*. Он также не оказывает выраженного влияния на ЭЭГ. В больших дозах оказывает стимулирующее влияние на дыхательный центр, поэтому в клинической практике используется как дыхательный analeптик. Однако в дозах не более 1 мг/кг (per os) улучшает краткосрочную и долгосрочную память, а также способствует повышению умственной работоспособности [Зайцев Ю. В., Лосев С. С., 1979]. Считается также, что этимизол обладает уникальным свойством потенцировать любые другие воздействия на мозг, примененные на его фоне [Смирнов В. М., Резникова Т. Н., 1988].

Пантогам и этимизол, используемые нами в качестве ноотропных и стимулирующих резервы мозга препаратов, при однократном применении в рекомендуемых терапевтических дозах не вызывают заметного изменения ЭЭГ-профиля. В то же время многодневное (в течение

4 и более недель) их применение вызывает увеличение мощности альфа- и бета-ритмической активности, т. е. соответствует действию психостимуляторов. Последние исследования биохимических механизмов действия этимизола показали, что его эффекты обусловлены «способностью стимулировать активность генетического аппарата нейронов и активировать пластические перестройки синаптических мембран» [Зайцев Ю. В., Лосев С. С., 1979; Рейхардт Б. А. и др., 2000, с. 93]. Понятно, что указанные процессы должны занимать длительный отрезок времени. Важно то, что они идут в нужном для компенсации нарушенных механизмов мозга направлении.

Таким образом, стимуляция резервов головного мозга ноотропами заключается в вовлечении нейронов (резервных или находящихся ранее под действием медленноволновых процессов) в формирование процессов альфа- и бета-ритмической активности.

Сходным действием с ноотропами обладают фенибут, глицин, кортексин, нооклерил, глиатилин и фосфатидилхолин (лецитин), один из основных фосфолипидов, входящий в состав практически всех клеточных мембран головного мозга.

*Фенибут.* По химической структуре является одной из производных ГАМК. Обладает свойствами ноотропов, но в то же время оказывает транквилизирующее действие. В клинической практике применяется при астенических и тревожно-невротических состояниях, беспокойстве, бессоннице, гиперактивности. Прекрасно проявил себя при лечении энкопреза. Детям назначается также при тиках и заикании. Усиливает действие антипаркинсонических средств, что позволяет предполагать наличие у препарата дофаминергического компонента [Машковский М. Д., 1997, Т. 1, с. 113].

Мы применяем фенибут также в случаях упорного нарушения сна у детей или при наличии выраженного невротического компонента в дозе 0,125—0,25 г на ночь (в одноразовом приеме) в течение 3—4 недель.

*Глицин.* Аминокислота, которая наряду с ГАМК и глутаминовой кислотой является одним из основных тормозных нейромедиаторов головного мозга. Применяется также в комплексной терапии нарушений мозгового кровообращения, при психоорганическом синдроме [Малинина Е. В., 2000]. Фирма «Биотики», выпускающая глицин, основанная на базе Лаборатории высокомолекулярных соединений, на основании клинических испытаний рекомендует применять препарат при ослаблении нервной системы, наличии тревоги, депрессивных нарушений, повышенной раздражительности. Нами подтверждено положительное влияние глицина при всех перечисленных выше расстройствах. Курс от 2—3 недель (при умеренной астении и профилактически) до 1—2 месяцев по 1—2 таблетки 2—3 раза в день. Выпускается в таблетках по 0,1 г (10 или 50 шт. в упаковке) [Машковский М. Д., 1997].

*Фосфатидилхолин (лецитин).* Применяется при астении различного генеза, компенсации последствий черепно-мозговой травмы, при



речевых расстройствах (задержки формирования функции речи, заикание), нарушении чтения и письма, нарушении внимания и поведения у детей. Употребляется в виде пищевой добавки в различные холодные блюда по 1—2 чайной ложке для детей и 1—2 столовых ложки у взрослых в сутки. Длительность курса 45—60 дней.

Мы успешно используем глицин и лецитин при лечении резидуально-неврологических (пограничных психических) расстройств у детей. Большие перспективы применения препаратов основываются на возможности «естественного» воздействия на мозговые процессы, вероятнее всего, на клеточном уровне.

*Кортексин* — пептидный биорегулятор, обладающий тканеспецифическим действием на кору головного мозга, оказывающий церебропротекторное, ноотропное и противосудорожное действие. Препарат снижает токсические эффекты нейротропных веществ, улучшает процессы обучения и памяти, стимулирует репаративные процессы в головном мозге, ускоряет восстановление функций головного мозга после стрессорных воздействий. Механизм действия кортексина связан с его метаболической активностью: препарат регулирует соотношение тормозных и возбуждающих аминокислот, уровень серотонина и дофамина, оказывает ГАМКергическое влияние, обладает антиоксидантной активностью и способностью восстанавливать биоэлектрическую активность головного мозга [Рыжак Г. А. и др., 2001; Платонова Т. Н., Рыжак Г. А., 2004; Скоромец А. А., Дьяконов М. М., 2005]. Вводится препарат в/м, по 10 мг 1 раз в сутки, в течение 5—10 дней; при необходимости курс лечения повторяют через 1—6 мес. Для приготовления инъекционного раствора содержимое флакона растворяют в 1—2 мл 0,5 % раствора прокаина, воды для инъекций или 0,9 % раствора NaCl.

*Нооклерин (деанола ацеглумат)*. По химической структуре близок к естественным метаболитам головного мозга (гамма-аминобутировая кислота, глутаминовая кислота). Препарат обладает церебропротективными свойствами с отчетливым ноотропным, психостимулирующим и психогармонизирующим действием, способствует улучшению памяти и процесса обучения. Нооклерин оказывает положительное влияние при астенических и адинамических расстройствах, повышая двигательную и психическую активность пациентов и улучшая способность к концентрации внимания, оказывает положительное влияние при невротических состояниях, развившихся на фоне органической недостаточности головного мозга. Производитель ГУ «Институт молекулярной генетики РАН» (ИМГ РАН). Выпускается во флаконах оранжевого стекла по 50, 100, 200 мл. Принимают внутрь, обычно по одной чайной ложке (5 мл содержит 1 г действующего вещества) 2—3 раза в день. Последний прием не позднее 4 часов до сна. Максимальная разовая доза 2 г (2 чайные ложки). Максимальная суточная доза 10 г (10 чайных ложек). Курс лечения 1,5 —2,5 месяца 2—3 раза в год.

*Глиатилин (холина альфосцерат, церебро)*. Холиномиметик с преимуществом влиянием на холинергические рецепторы в ЦНС. Меха-

низм действия основан на том, что при попадании в организм холина альфосцерат расщепляется под действием ферментов на холин и глицерофосфат: холин участвует в биосинтезе ацетилхолина — одного из основных медиаторов нервного возбуждения; глицерофосфат является предшественником фосфолипидов (фосфатидилхолина) мембраны нейрона. Таким образом, глиатилин улучшает передачу нервных импульсов в холинергических нейронах, положительно воздействует на пластичность нейрональных мембран и на функцию рецепторов [Чутко Л. С. и др., 2002]. Выпускается в капсулах и в растворе для инъекций. Назначают при дисциркуляторной энцефалопатии — внутрь, по 0,4 г 3 раза в сутки, в течение 3—6 мес. При острых состояниях — в/м или в/в (медленно), по 1 г/сут в течение 15—20 дней после ЧМТ; затем по 0,8 г утром и 0,4 г днем в течение 6 мес.

### **Препараты, улучшающие метаболизм и кровообращение головного мозга**

Эта группа необходима при нарушениях мозгового кровообращения, которые довольно часты у наших детей. Как правило, это последствия родовых травм, когда остеопат (мануальный терапевт, вертеброневролог) диагностирует у детей с пограничными психическими расстройствами так называемые нестабильность в шейном отделе позвоночника», «подвывих шейных позвонков».

*Кавинтон* (международное наименование: *Винпоцетин* (*Vinprocetine*)). Относится к группе церебровасодилатирующих средств. Улучшает мозговое кровообращение за счет расширения сосудов мозга, усиления кровотока и улучшения снабжения мозга кислородом и глюкозой. Повышает устойчивость клеток мозга к гипоксии, облегчая транспорт кислорода и субстратов энергетического обеспечения к тканям (вследствие уменьшения сродства к нему эритроцитов, усиления поглощения и метаболизма глюкозы, переключения его на энергетически более выгодное аэробное направление). Способствует накоплению в тканях ЦАМФ и АТФ, повышению содержания катехоламинов в тканях мозга. Вазодилатирующее действие связано с прямым релаксирующим влиянием на гладкую мускулатуру сосудов преимущественно головного мозга. Винпоцетин, не вызывая феномена «обкрадывания», прежде всего усиливает кровоснабжение ишемизированной области головного мозга, не меняя при этом кровоснабжение интактных областей. Улучшает микроциркуляцию в головном мозге за счет уменьшения агрегации тромбоцитов, снижения вязкости крови, увеличения деформируемости эритроцитов. Применяется при остром и хроническом нарушении мозгового кровообращения. Показан при неврологических и психических нарушениях у больных с цереброваскулярной недостаточностью (нарушение памяти; головокружение; афазия, апраксия, двигательные расстройства, головная боль), при энцефалопатиях (гипертоническая, посттравматическая).

Детям назначается в таблетках в зависимости от возраста: от 1 табл. 1—2 раза в день до 1 таблетки 3 раза в день (в упаковке 50 таблеток по 5 мг каждая). Курс лечения 1,5 месяца.

*Стугерон* (международное наименование: *Циннаризин (Cinnarizine)*). Селективный блокатор кальциевых каналов IV класса. Улучшает мозговое, коронарное и периферическое кровообращение; улучшает микроциркуляцию. Ингибируя поступление в гладкомышечные клетки сосудов ионов кальция, снижает тонус гладкомышечной оболочки артериол; уменьшает их чувствительность к биогенным сосудосуживающим веществам (адреналин, норадреналин), брадикинину. Уменьшает возбудимость вестибулярного аппарата. Характеризуется высокой тропностью к сосудам головного мозга. Улучшает микроциркуляцию, повышая деформируемость эритроцитов и снижая повышенную вязкость крови. Обладает умеренной антигистаминной активностью.

Непосредственно влияя на гладкую мускулатуру сосудов, уменьшает их реакцию на биогенные вещества (эпинефрин, норэпинефрин, дофамин, ангиотензин, вазопрессин). Обладает сосудорасширяющим эффектом (особенно в отношении сосудов головного мозга), не оказывая существенного влияния на АД. Понижает тонус симпатической нервной системы. Эффективен у больных с латентной недостаточностью мозгового кровообращения, начальным атеросклерозом сосудов мозга и хроническими заболеваниями сосудов мозга с постинсультными очаговыми симптомами. У пациентов с нарушением периферического кровообращения улучшает кровоснабжение органов и тканей (в том числе миокарда), усиливает постишемическое расширение сосудов. Повышает эластичность мембран эритроцитов, их способность к деформации, снижает вязкость крови. Увеличивает устойчивость мышц к гипоксии.

Показания: лечение и профилактика нарушения мозгового кровообращения (церебральный атеросклероз, состояния после инсультов, черепно-мозговые травмы, дисциркуляторная энцефалопатия), вестибулярные нарушения (в том числе болезнь Меньера, головокружение) снижение и потеря памяти, нарушения периферического кровообращения.

Применяют внутрь, после еды. Детям назначают по 1—2 таблетки в сутки. В упаковке 50 таблеток, по 25 мг каждая. Для достижения оптимального терапевтического эффекта препарат следует принимать непрерывно, длительно — от нескольких недель до нескольких месяцев.

*Актовегин (Actovegin)*. Мощный антигипоксанта, активизирует метаболизм глюкозы и кислорода. Содержит низкомолекулярные пептиды и производные аминокислот. На молекулярном уровне Актовегин вызывает увеличение утилизации и потребления кислорода (повышает устойчивость к гипоксии), повышает энергетический метаболизм и потребление глюкозы. Суммарный эффект всех этих процессов заключается в усилении энергетического состояния клетки, особенно в условиях недостаточности. Актовегин активизирует клеточный метаболизм

(обмен веществ) именно путем увеличения транспорта и накопления глюкозы и кислорода, усиливая их внутриклеточную утилизацию. Эти процессы приводят к ускорению метаболизма АТФ (аденозинтрифосфорной кислоты) и повышению энергетических ресурсов клетки. При условиях, ограничивающих нормальные функции энергетического метаболизма (гипоксия (недостаточное снабжение ткани кислородом или нарушение его усвоения), недостаток субстрата) и при повышенном потреблении энергии (заживление, регенерация (восстановление ткани)), Актовегин стимулирует энергетические процессы функционального метаболизма (процесс обмена веществ в организме) и анаболизма (процесс усвоения веществ организмом). Вторичным эффектом является усиление кровоснабжения.

Показания: недостаточность мозгового кровообращения, ишемический инсульт (недостаточное снабжение ткани головного мозга кислородом вследствие острого нарушения мозгового кровообращения); черепно-мозговые травмы; нарушения периферического кровообращения (артериального, венозного); ангиопатии (нарушение тонуса сосудов).

Дети принимают Актовегин драже форте перед едой, не разжевывая и запивая небольшим количеством жидкости. Назначается он по 1 драже 2—3 раза в сутки. Продолжительность лечения должна составлять от 4 до 6 недель. Выпускается препарат в виде драже форте (продленного действия), в упаковке по 100 штук.

Не могу не сказать о препарате, рекомендованном А. Ц. Гольбиным еще 40 лет назад. *Дименгидринат*. Синонимы — *дедалон*, *adrasine*, *daldalon*, *dramyl*. Относится к антигистаминным препаратам, блокаторам H1 — рецепторов. Снимает вызываемые гистамином спазмы гладкой мускулатуры, предупреждает развитие отеков. В медицинской практике применяется для предупреждения и купирования проявлений морской и воздушной болезни, при укачивании (болезни Меньера) и т. п. [Машковский, 1997, с. 277]. Стабилизирует функции вестибулярной системы, поэтому назначается при лечении повышенной двигательной активности во сне и других нарушениях сна у детей [Гольбин А. Ц., 1979]. Выпускается в таблетках по 0,05 г в упаковке по 10 штук.

При лечении двигательных расстройств (стереотипных движений) во сне назначается детям 5—8 лет по 0,25—0,5 таблетки 2—3 раза в день, детям от 8 до 14 лет — по 0,5—1 таблетке 2—3 раза в день в течение 10 дней. После 1—2 недельного перерыва курс повторяется.

Необходимо сказать и о препаратах, влияющих непосредственно на функцию мочевого пузыря. Есть довольно распространенное мнение о том, что недержание мочи является следствием слабости детрузора мочевого пузыря. Удивительно, но около 15 лет назад мой однокурсник защитил кандидатскую диссертацию о воздействии иглорефлексотерапии на этот самый детрузор, что приводит к излечению энуреза. Конечно, вторичная слабость детрузора имеет место быть («привычка писаться»), так как длительное течение энуреза (знаю случаи, что



и по 10—15 лет!) без эффективного лечения ведет к этому. Но — это ведь вторично! И без устранения первопричины не обойтись. Тем не менее мы применяем некоторые препараты (их немного) этого лечебного направления, но — опять же! — в комплексном способе (как и рефлексотерапию, о которой будет рассказано в следующей главе).

Одним из них, наиболее эффективным, является *дриптан* (оксибутинин). Спазмолитическое средство. Расслабляет детрузор — мышцу, сокращающую мочевой пузырь (прямое спазмолитическое миотропное и М-холиноблокирующее действие). Увеличивает вместимость мочевого пузыря, снижает частоту сокращений детрузора, сдерживает позывы к мочеиспусканию.

Показания к применению: недержание мочи, связанное с нестабильностью функции мочевого пузыря, нарушенной либо в результате расстройств нейрогенного характера (гиперрефлексия детрузора — мышцы, сокращающей мочевой пузырь), например, при распространенном склерозе или *spina bifida*, либо при идиопатических нарушениях функции детрузора (моторное недержание). Ночной энурез (у детей старше 5 лет).

Таблетки по 5 мг. 30 таблеток в блистере. Внутрь по 5 мг 2—3 раза в сутки; детям и пациентам пожилого возраста — по 5 мг 2 раза в сутки.

С осторожностью следует применять при нарушении функции печени и почек, гипертиреозе, ишемической болезни сердца, сердечной недостаточности, аритмии, артериальной гипертензии.

Из антидепрессантов мы можем порекомендовать мелипрамин, но только в случаях, когда энурез практически прекратился на фоне проведенного лечения, т. е. когда эпизоды энуреза урежаются (до 2—4 за месяц), но не прекращаются совсем, несмотря на нормализации показателей ЭЭГ.

*Мелипрамин* (*Imipramine*) — трициклический антидепрессант, производное дибензоазепина. Относится к антидепрессантам с преимущественно стимулирующим действием. Оказывает антидепрессивное и психостимулирующее действие, а также обладает антидиуретическим (при ночном недержании мочи) действием. Эффективность при ночном недержании мочи обусловлена, по-видимому, антихолинергической активностью, приводящей к повышению способности мочевого пузыря к растяжению, прямой бета-адренергической стимуляцией, активностью альфа-адренергических агонистов, сопровождающейся повышением тонуса сфинктера, и центральной блокадой захвата серотонина. Механизм анальгезирующего действия может быть связан с изменениями концентраций моноаминов в ЦНС, особенно серотонина, и влиянием на эндогенные опиоидные системы. Уменьшает двигательную заторможенность, улучшает настроение, антидепрессивное действие развивается в течение 2—3 недель после начала применения.

Режим дозирования устанавливается индивидуально. При лечении энуреза детям в возрасте от 6 до 8 лет (масса тела 20—25 кг) препарат назначают в дозе 25 мг/сут, от 9 до 12 лет (масса тела 25—35 кг) —

25—50 мг/сут, старше 12 лет — 50—75 мг/сут. При лечении детей необходимо учитывать, что доза не должна превышать 2.5 мг/кг массы тела ребенка. Мы назначаем препарат однократно после ужина по 0,5—1—1,5 таблетки в зависимости от возраста ребенка. В случаях, когда ребенок мочится в постель ранним вечером, суточная доза может назначаться в 2 приема: днем и после ужина. Курс лечения — 1—1,5 мес. Возможны повторные курсы через 3—4 месяца. При уменьшении симптомов препарат отменяется постепенно. Форма выпуска — драже по 25 мг в каждом.

Известно [Лохов М. И., Фесенко Ю. А., 2000], что действие многих психотропных препаратов опосредуется через их влияние на те или иные медиаторные системы головного мозга. Поэтому неудивительно, что вещества, которые воздействуют на одни и те же медиаторные системы, могут конкурировать между собой в борьбе за рецепторы мембран, ослабляя или усиливая свои лечебные эффекты. Кроме того, медиаторные системы взаимодействуют между собой, и воздействие, даже избирательное, на какое-либо звено одной медиаторной системы может повлечь за собой изменение активности другой медиаторной системы. В итоге все это скажется на результате лечебного воздействия данного препарата.

Взаимодействие различных препаратов возможно и на системном уровне работы организма в целом. Наиболее вероятна конкуренция за пути метаболизма в печени и за связывание с сывороточными белками. При приеме лекарств *per os* возможно изменение растворимости одного из препаратов путем влияния другого на pH желудочного сока и кишечного содержимого, а также на моторику кишечника.

Кроме применения фармакологических препаратов нами широко применяется фитотерапия. В утренние и дневные часы назначается «Новопассит» (сироп с 9 травами), успокаивающие травяные сборы (валериана, пустырник, хмель, мята и т. п.), «Драже жизни» — комплекс пустырника с душицей и витаминными препаратами, разработанный НИИ биологии РАН. Используются травяные адаптогены — элеутерококк, лимонник, аралия, экстракт алоэ — и естественные природные вещества того же класса — апилак, прополис. *Без адаптогенов («группа женшечневых») энурез не лечится!!!* Фитотерапия применяется длительное время после интенсивного курса лечения, наряду с витаминотерапией. Лучшими витаминными препаратами, с практической точки зрения, являются витаминные комплексы «Витрум», «Центрум» и «Триовит» (комбинация витаминов А, Е, С и селена).

Особо хочется отметить «Нейромультивит», получивший в последние годы признание в среде неврологов и психиатров. Комбинированный препарат, содержащий витамины группы В. Тиамин (витамин В<sub>1</sub>) в организме человека в результате процессов фосфорилирования превращается в кокарбоксилазу, которая является коферментом многих ферментных реакций. Тиамин играет важную роль в углеводном, белковом и жировом обмене. Активно участвует в процессах проведения

нервного возбуждения в синапсах. Пиридоксин (витамин В<sub>6</sub>) необходим для нормального функционирования центральной и периферической нервной системы. В фосфорилированной форме является коферментом в метаболизме аминокислот (декарбоксилирование, переаминирование и др.). Выступает в качестве кофермента важнейших ферментов, действующих в нервных тканях. Участвует в биосинтезе нейромедиаторов: допамина, норадреналина, адреналина, серотонина, гистамина. Цианокобаламин (витамин В<sub>12</sub>) необходим для нормального кроветворения и созревания эритроцитов, а также участвует в ряде биохимических реакций, обеспечивающих жизнедеятельность организма — в переносе метильных групп, в синтезе нуклеиновых кислот, белка, в обмене аминокислот, углеводов, липидов. Оказывает влияние на процессы в нервной системе (синтез РНК, ДНК, миелина и липидный состав цереброзидов и фосфолипидов). Детям препарат назначается по 1 таблетке утром. Продолжительность курса 1 месяц (весенне-осенний период). Таблетки следует принимать после еды, не разжевывая и запивая небольшим количеством жидкости.

Несмотря на успехи фармакотерапии в лечении энуреза и понимании их природы, мне кажется, что будущее психофармакологии за нейропептидами направленного полушарного и структурного действия. Применение одного из таких нейропептидов — аргинин-вазопрессина на больных с поражениями коры левого полушария головного мозга (в результате инсульта или других травм) приводило к более быстрой реабилитации и восстановлению утраченных функций, в том числе и речи [Вартанян Г. А., Клементьев Б. И., 1990]. Поиски в этом направлении продолжаются, и можно ожидать, что недалек тот день, когда удастся обнаружить целый ряд пептидов, специфических для локальных структур мозга левого и правого полушарий. Направленное воздействие таких веществ поможет значительно быстрее компенсировать дефицит функций мозга, в том числе и относящихся к патологическим феноменам сна, а также при других пограничных психических расстройствах.

Используемые фармакологические виды воздействий являются, по сути говоря, подготовительными. Включая резервы мозга и подавляя пароксизмальную активность, они создают необходимый фон в работе мозга для наиболее эффективного использования механизмов саморегуляции — *адаптивного биоуправления*. В качестве обратной связи используются звуковые и световые сигналы на частотах, кратных основной активности мозга, которая определяется на основании кросскорреляционного и спектрального анализа ЭЭГ данного больного. Звуковые сигналы навязываются непрерывно с помощью портативного карманного метронома, выполненного на базе высокоточной кварцовой западногерманской микросхемы. Сигналы могут подаваться как через портативные наушники, так и через малогабаритный динамик, встроенный в метроном. Световые сигналы используются кратковременно (не более 30—40 мин) на сеансах психотерапии. Для генерации

световых сигналов используется вспышка от серийного электроэнцефалографа (длительность не более 50 мс, мощность 0,3 КДж). При групповых сеансах используется усредненная по всей группе частота обратной связи [Андропова Л. З., Лохов М. И., 1983; Черниговская Н. В. и др., 1982; Лохов М. И., 1996; Barowsky E., 1990].

Анализ кросскоррелограмм и результаты лечения показывают, что с помощью использования обратной связи изменяется межполушарная направленность взаимодействия между теменно-височными, теменно-затылочными и лобными зонами головного мозга. Закрепление полученного изменения, скорее всего, происходит при помощи образования новых связей, подключающих активированные резервные клетки мозга. Такие изменения происходят относительно длительное время. Поэтому излечение считается полным не только после устранения основного патологического проявления (энуреза, заикания, тиков и других), но и на основании результатов ЭЭГ-анализа. Только после компенсации (частичной или полной) ЭЭГ можно быть спокойным в отношении рецидивов заболевания.

Главной целью использования биологической обратной связи (*biofeedback*) для лечения заикания и других резидуально-неврологических синдромов является получение усиления мощности ЭЭГ в диапазоне бета-ритмов (12—16 или 16—25 Гц) при одновременном ослаблении мощности ЭЭГ в диапазоне тета-ритма (4—8 Гц). Метод биологической обратной связи применяется нами вместе с фармакологической коррекцией, усиливает ее результаты и позволяет сократить длительность применения фармакологических препаратов. Усиление мощности бета-ритмической активности в ЭЭГ вызывает также применение анксиолитиков (транквилизаторов). Используемый нами препарат клоназепам, хотя и считается противосудорожным средством, был синтезирован как транквилизатор бензодиазепинового ряда. По нашим данным, его ЭЭГ-профиль при одноразовом применении в рекомендуемой терапевтической дозе соответствует профилю анксиолитиков: повышает мощность ЭЭГ в частотном диапазоне 15—26 Гц.

С конца прошлого столетия мы применяем упрощенный метод обратной связи, основанный на навязывании мозгу ритмической активности в диапазоне 1,2—2,3 Гц посредством портативного фоно-фотостимулятора [Андропова Л. З., Лохов М. И., 1983; Лохов М. И., 1994, 1996; Фесенко Ю. А., 1995]. Аналогичный метод параллельно развивался в США Брейди [Brady J. P., 1975]. Низкая частота навязанного ритма была вызвана необходимостью речевой деятельности под этот ритм. Долгое время нейрофизиологическая основа полученного положительного воздействия на мозг низкочастотной активности была непонятна, пока нами при помощи компьютерного анализа ЭЭГ не было показано, что мозг обладает способностью кратного (основным частотам ЭЭГ данного субъекта) увеличения навязанной частоты. Благодаря этому свойству, при навязывании частоты 1,3 Гц, происходит усиление мощности ЭЭГ в диапазоне 13 Гц и т. д. В последнее время эти данные подтверж-



дены рядом других исследователей [Cristenfeld N., 1996; Armson J. et al., 1997], которые также отмечают, что введение простой метрономной обратной связи, без сложной аппаратуры по анализу ЭЭГ-ритмов, дает значительный положительный эффект при лечении заикания, СДВГ, энуреза и других нарушениях сна.

Применение обратной связи, как и выбранных нами ноотропных препаратов, приводит к изменению параметров функционирования коры головного мозга и изменению взаимоотношений между его структурами в направлении восстановления их нормального взаимодействия. Восстановление нормальной цикличности ритмической активности мозга приводит к устранению многочисленных синдромов нарушений такой активности, а именно: устраняет нарушения сна (патологическую двигательную активность во сне, энурез, астму, бруксизм, сноговорение, расстройства засыпания и т. д.), снижает гиперактивность, повышает концентрацию внимания, улучшает память и т. п., что является необходимой базой для успешного применения частных дедуктивных и психологических методик, связанных с устранением конкретной симптоматики (заикания, дисграфии, гиперактивности, недержания мочи и кала и т. д.).

Изменение параметров функционирования коры головного мозга изменяет работу стволовых структур в направлении, необходимом для излечения, что было показано в многочисленных исследованиях [Никишена И. С. и др., 2004; Лохов М. И., Скоромец А. А., Фесенко Ю. А., 2005; Лохов М. И., Фесенко Ю. А., Рубин М. Ю., 2005, 2008; Tansey M. A., 1991; Lubar J. F., 1998; Graham J. P., 1999 и других].

Кроме психофармакотерапии и адаптивного биоуправления в новом способе лечения мы используем *психотерапевтические* и *дедуктивные* (обучающие) методы, позволяющие развить разнообразные способы саморегуляции и воздействия на пораженные звенья систем мозга и организма в целом. Большинство из таких способов являются общими для лечения всех пограничных психических расстройств. Некоторые из них (дидактические, психологические и психотерапевтические) имеют специфические особенности, связанные с особенностями проявления той или иной патологии. Организация и применение психотерапевтических приемов в составе комплексной методики лечения будут рассмотрены ниже.

Хочу отметить еще раз, что и энурез, и энкопрез, и заикание, и тикозные расстройства, можно рассматривать как составные части минимальной дисфункции мозга (МДМ), или в новой интерпретации международных классификаторов болезней — СДВГ (синдрома дефицита внимания с гиперактивностью). Причем именно в структуре этого синдрома отмечается наиболее частое сочетание всех монополярных резидуально-неврологических (пограничных) расстройств.

Нередки случаи, когда имеет место сочетание заикания, тиков и энуреза у одного ребенка, страдающего *невропатией* (так называемой врожденной детской нервностью). Это нарушение часто диагностиру-

ется как резидуально-органическая недостаточность головного мозга при сохранном интеллекте, а нередко и его односторонне более высоком развитии («парциальные» нарушения). И клинические проявления невропатии очень схожи с таковыми при синдроме МДМ: эмоциональная лабильность, плаксивость, капризность, повышенная пугливость (особенно — страх всего нового и необычного для ребенка), непоседливость, нетерпеливость, чрезмерная утомляемость, нарушения аппетита и сна.

Видимо, следует говорить о том, что пограничные психические расстройства являются следствием, продолжением первичного проявления «нервной слабости», которая в виде невропатии ограничена лишь возрастными рамками (диагноз считается правомочным до 4—5 летнего возраста), и уже у дошкольников и школьников клиническая картина данной патологии разворачивается в «классическом» варианте синдрома нарушения внимания с гиперактивностью, что связано с предъявлением таким детям первых серьезных требований в русле целенаправленной деятельности (наиболее уязвимой у них).

Медикаментозное лечение невропатии не отличается от описанного выше. Единственное «усиление» этого лечения заключается в большем акценте на общеукрепляющие средства: фитин, липоцеребрин, лецитин, глицин, витаминотерапия.

Известных и действенных методов лечения **энкопреза** практически нет. Существует довольно большое количество рекомендаций и несколько методик (скорее, прикладных), о которых я скажу коротко. Методом лечения энкопреза, как считается, может стать смена привычной жизни и отношения к ребенку со стороны родителей. Если ребенок посещает детский сад или ясли, то следует позаботиться о том, чтобы воспитатель могла каждый час напоминать ребенку о том, что если он хочет в туалет, то она может его отвести. Это делается для того, чтобы ребенок научился самостоятельно контролировать этот процесс. Некоторые специалисты считают действенным методом квантовую терапию энкопреза. Это процедура, по данным авторов методики, высокоэффективна и в большинстве случаев, опять же с их слов, приносит положительных эффект. В процессе лечения, по их данным, у больных энкопрезом уменьшаются или вовсе прекращаются подобные случаи. Восстанавливается ритм организма, и ребенок начинает постепенно контролировать этот процесс самостоятельно. Причиной нарушения работы сфинктеров авторы методики считают врожденные пороки развития аноректальной области, воспалительные заболевания кишечника, нарушения центральной или периферической иннервации (нервной регуляции) прямой кишки, нарушения в психике, волнение, страх («медвежья болезнь»). Довольно часто в различных клиниках применяют рефлекторные электростимуляторы ЭСРВ-02 (Фрося) или ЭСРВ-01. С их помощью улучшают регуляцию функции анальных сфинктеров через центры иннервации, расположенные в головном и спинном мозге, а также в дистальном отделе толстой кишки.

Далее я приведу без купюр рекомендации по применению аппарата: «1. Электростимулятор ЭСРВ-01 в комплектации электронный блок ЭСРВ-01 с насадками Ректальная и Таблетка помогут восстановить работу сфинктеров, так как устраняют нарушения в иннервации прямой кишки и, устранив застой крови в мышцах сфинктеров, усилить мышцы сфинктеров, и, следовательно, их запирающую силу. Процедуры с каждой насадкой проводить по 40 минут в день, курс 20—25 дней. Процедуры можно совмещать, если обе насадки подключить к электронному блоку через соединитель Дуэт. 2. При лечении недержания кала у детей возрастом менее трех лет вместо Ректальной насадки и Таблетки применяют насадку в виде пустышки. Одну пустышку вставляют в попку, другую — в рот. Длительность процедуры 10 минут, курс 20 дней. 3. Если запирающий аппарат прямой кишки создан с помощью пластической операции, то для «воспитания» сфинктера нужен другой, более мощный, «тренер», например электростимулятор Патра. В нем есть режим, при котором каждые 16 секунд мышца, на которую воздействует Патра, в течение 8 секунд будет напряжена, а затем 8 секунд будет расслаблена. Подобные режимы (длительное напряжение мышцы и затем такой же длительности ее расслабление) применяют в стационарах для воспитания рефлексов». Создатели аппаратного лечения рекомендуют посоветоваться с лечащим врачом, что уже немало. А оценку давать Вам, читатель. И принимать решение».

Шанько Г. Г. с соавторами рекомендует использовать следующую методику. Ежедневно утром в течение 10—15 дней (курсы повторяют через 4—5 недель) больному вводят в задний проход дренажную трубку или кончик клизмы, которые он должен с силой сжать и периодически разжимать. В это же время ему в бодрствующем состоянии или в состоянии сомноленции внушают, что он может удерживать трубку длительное время. Внушение длится в общей сложности 10—15 минут. Постепенно у больного вырабатывается способность длительное время удерживать дренажную трубку. Вначале он делает это в положении лежа, через несколько дней — в положении стоя, а затем, успешно освоив выполнение этого приема, передвигается с дренажной трубкой.

Далее авторы замечают: «В настоящее время данный метод лечения используется крайне редко, так как введение в задний проход дренажной трубки (или клизмы) вызывает неприятные ощущения у ребенка и часто является причиной его невротизации» (!).

Авторы считают, что при неврозоподобном энкопрезе, когда имеется гипотония мышц толстого кишечника, ослабление позыва на дефекацию, снижение силы сфинктеров внушение можно сочетать с другими методами: диетотерапией, механическими тренировками сфинктеров и т. д. Больного с энкопрезом следует приучать к ежедневному стулу, лучше в утренние часы. В случае запоров ему желательно делать очистительную клизму. Это вырабатывает регулярный позыв на дефекацию. Поскольку каловыделение — процесс рефлекторный, а при энкопрезе этот рефлекс нарушен, все лечебные мероприятия должны быть

направлены на его восстановление или формирование. При лечении больных с энкопрезом важны выработанные годами привычки. Стереотипы, помогающие каловыделению, никогда нельзя ломать. Требуется лечения лишь то, что мешает нормальному отправлению физиологических функций. Лечение сводится к формированию оптимальных привычек, а они создаются длительным сочетанием действия разных факторов.

Также рекомендуется выполнять тренировки.

*Туалетный тренинг.* Цель туалетного тренинга — добиться регулярности дефекации, установив определенное время посещения туалета. Обычно оговариваются от двух до четырех периодов в течение дня, согласованных со временем принятия слабительных, приема пищи или другими режимными моментами. В зависимости от возраста, уровня развития ребенка и прежде всего от терапевтической мотивации («сопротивления») туалетный тренинг может и должен быть предварительно структурирован и при надобности предусматривать оказание помощи. Например, может потребоваться научить пациента, как приводить себя в порядок после спонтанной дефекации. Можно подключать ребенка к стирке испачканного фекалиями белья.

*Гигиенический тренинг.* Энкопрез у пациента может быть проявлением дефицита общей гигиены. Поэтому нередко помимо туалетного тренинга нужна договоренность с пациентом о том, как он будет вести себя в случае недержания кала. При этом пациенту понадобится помощь в смене одежды, переносе грязного белья в подходящее место и окончательном приведении себя в порядок. Кроме того, иногда требуется вмешательство и в другие области гигиены, например забота о том, чтобы пациент — независимо от недержания кала — регулярно мылся, принимал душ, менял одежду. *Оперантные техники.* Это прежде всего позитивное подкрепление желательных и уместных способов поведения. Эти техники в форме письменно фиксированных планов оперантного подкрепления составляют один из центральных компонентов многих терапевтических программ. Подкреплять следует именно реакцию к дефекации в надлежащей обстановке, а не отсутствие такой реакции в неподходящих условиях; во втором случае результатом может быть усиление запоров [Шанько Г. Г. и др., 2007].

А. И. Нахимовский, В. В. Шишков отмечают, что дети нередко, правда, неосознанно, используют энкопрез для борьбы за статус в семейной иерархии. Например, при появлении в семье отчима или будущего отчима. Иногда формированию энкопреза способствует преждевременное и чрезмерно настойчивое высаживание ребенка на горшок, особенно если он металлический и холодный. Отрицательным фактором является социальная запущенность детей грудного и младшего ясельного возраста, когда их подолгу оставляют в запачканных пеленках или колготках. В этом плане ничуть не лучше социальное благополучие, когда родители используют памперсы не только во время сна и прогулок детей, но и чуть ли не круглосуточно, что препятствует форми-



рованию навыка произвольной дефекации. Особую группу составляют дети, у которых частично нарушена передача сигналов с прямой кишки по спинному мозгу в ЦНС. Это может быть обусловлено врожденными дефектами позвоночника, перенесенными воспалительными заболеваниями позвонков, оперативными вмешательствами на оболочках спинного мозга, например, по поводу спинномозговой грыжи. Иногда к недержанию кала приводят анатомические пороки кишечника, различные проктологические операции. Недержание кала встречается у психически больных детей и подростков, иногда оно сочетается с так называемой эмоциональной тупостью, задержкой психического развития, умственной отсталостью. Авторы пишут: «Особенно должна настораживать произвольная, преднамеренная дефекация, например, в прихожей, в публичном учреждении, на улице. В этих случаях без помощи психиатра не обойтись. Если же ребенок, не удерживающий кал, психически здоров, то прежде всего следует обратиться к педиатру, который ориентировочно решит, какова причина данного расстройства и в рамках какой специальности необходимо провести обследование на первом этапе. В то же время врачи, работающие с этой группой пациентов, признают нежелательность узкоспециализированного подхода (об этом я говорил во введении!) — чисто хирургического, чисто неврологического, чисто психотерапевтического, так как энкопрез — сложное заболевание, в основе которого может лежать комплекс различных причин, но какие-то из них являются основными. Если же причины возникновения заболевания преимущественно психологические, связанные с психотравмирующими ситуациями, то на первом плане в качестве лечебного метода находится психотерапия, включающая в себя комплекс специальных медико-педагогических рекомендаций, комплекс специальных бесед в рамках рациональной и семейной психотерапии, поведенческие методики, игровую психотерапию в дошкольном возрасте. Широко применяется самовнушение и внушение в состоянии гипноза, сеансы психорегуляции, причем эти методы используются далеко не только при психогенно обусловленных формах заболевания» [Нахимовский А. И., Шишков В. В., 2003].

Дети, страдающие пограничными психическими расстройствами, развившимися на фоне ММД, в большинстве случаев имеют нарушения в эмоциональной, поведенческой и моторной сферах, о чем я говорил в первой главе. При энурезе на первый план выходят нарушения в системе «сон-бодрствование», когда от качества сна зависит самочувствие в дневные часы, и, наоборот («не бывает хорошего дня без хорошей ночи»). Поэтому при лечении нарушений сна, как и других пограничных состояний, нельзя игнорировать приемы по *нормализации дневной активности*.

**Упорядочение двигательной активности.** Повышенная двигательная активность ребенка в вечерние часы является не его капризом, а полезным компенсаторным механизмом нарушений в цикле сон-бодрствование, вызванных МДМ. Повышенная двигательная актив-

ность является важной составляющей в синдроме дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), который очень часто сопровождает энурез и энкопрез, хотя стоит отметить, что примерно в 10 % случаев нарушение внимания у детей младшего возраста встречается также и на фоне чрезмерно пониженной двигательной активности. Как бы то ни было, всем таким детям необходима дозированная физическая нагрузка, упорядоченная, в случае гиперактивности, и дополнительная, в случае гипоактивности. В клинической практике гораздо чаще встречается первый вариант.

Упорядочение двигательной активности проще всего достигается, когда ребенок начинает участвовать в какой-либо коллективной физической деятельности. Проще говоря, когда ребенка записывают в художественную или спортивную секцию. Желательно, чтобы его интерес совпадал с видом проводимых занятий. Для девочек и некоторых мальчиков это может быть танцевальный кружок народных или современных балльных танцев. Нагрузка там вполне достаточная и дозированная. Кроме того, движения происходят под ритмичную музыку, что развивает и корректирует недостатки развития ритмической активности у ребенка. Танцы — один из самых древних видов упражнений на расслабление мышц всего тела. Расслабление мышц весьма важный аспект системного подхода к лечению. В этом случае кроме физической нагрузки мы получаем важный терапевтический эффект, который играет большую роль в коррекции любых нарушений психической деятельности. Единственным недостатком такого вида физической активности является плохо проветриваемые и загрязненные помещения, в которых происходят занятия. Вдыхание излишних количеств пыли для детей с ослабленными или частично нарушенными функциями дыхательных путей (в результате астматических или аллергических явлений) может быть стимулирующим фактором для развития ряда заболеваний. Поэтому родителям необходимо не только познакомиться с педагогом, проводящим занятия (что надо делать во всех случаях!), но и с условиями, в которых занятия будут проводиться.

Различного рода спортивные секции также способствуют упорядочению двигательной активности ребенка. Однако, в отличие от танцевальных, в них редко принимаются дети младшего (дошкольного) возраста. Кроме того, большинство современных мальчиков хотят заниматься жесткими спортивными единоборствами: карате, боксом, кик-боксингом и т. п. Естественными в таких видах являются частые травмы головы, что совершенно противопоказано детям с пограничными нарушениями психики. В большинстве случаев у них также наблюдается высокий уровень агрессивности, который поощрять совсем не обязательно. Правда, по этому вопросу существуют разные точки зрения. Одни исследователи считают, что боевые единоборства снижают уровень и развивают контроль над собственной агрессией личности. Другие придерживаются противоположной точки зрения. Нам кажется, многое зависит от тренера и школы борьбы, в которую отдан ребен-

нок. Практически все восточные единоборства (кунг-фу, дзюдо и др.) не призваны развивать агрессивность, а наоборот, развивают самообладание, контроль над эмоциями, и основаны на длительной практике медитации, которая используется нами в лечебных занятиях. Поэтому, если тренер несколько первых месяцев применяет упражнения на растяжение мышц, концентрацию внимания, психологическую подготовку и т. п. и не спешит с освоением боевых приемов и инициированием схваток (по сути дела — драк) между учениками, то такому учителю можно доверить своего ребенка. Ничего, кроме пользы, от таких занятий не будет. Чтобы не ошибиться в оценке тренера и вида борьбы, родителям стоит предварительно ознакомиться с ними: с тренером — при встрече и по отзывам других родителей, дети которых уже ходили в эту секцию, с особенностями борьбы — у тренера и по книгам.

Очень гармонично развивает плавание. Это не только ритмическая двигательная активность, но и развитие дыхания, расслабление мышц опорно-двигательного аппарата и многое другое. Вода благотворно влияет на всю нервную систему, закаляет весь организм ребенка. Я считаю, что плавание — безусловно, самый полезный вид упорядоченной двигательной активности у детей. Как и бег трусцой (или быстрая ходьба)! Уникально доступная вещь! Могу с уверенностью рекомендовать вечерний (не позднее чем за 2 часа до сна) бег трусцой отца или матери с ребенком. Современные исследования показали, что такой бег в вечерние часы менее опасен для перегрузки сердца у пожилых людей, чем в утренние часы. Бегать желательно в парке или удаленных от основных автомагистралей местах. Можно по набережным каналов, рек. Темп бега задается метрономом и не должен превышать 2—3 шагов в секунду. Основным критерием является дыхание через нос. Как только такой вид дыхания не удовлетворяет потребность организма в кислороде, необходимо снижать темп бега. И еще немаловажная деталь: при этом упражнении происходит объединения родителей и ребенка («Мы делаем это вместе!»), чего крайне сложно добиться в нашей сверхзагруженной жизни. К тому же это и хороший пример для подражания, который мы можем подать своим детям. И не забудем, это средство от гиподинамии для нас с вами («а то все кабинет-кабинет...»). Не стоит забывать и о регулярных семейных загородных прогулках в выходные дни на лыжах или на велосипедах. Это тоже ритмичные виды физической активности на свежем воздухе, благотворно влияющие на укрепление нервной системы — как вашей, так и вашего ребенка.

Не меньшее значение для наших пациентов имеет и *тренировка мышечного расслабления*. Тренировка расслабления мышц достигается во многих видах физической активности (плавании, танцах, беге и т. д.), о которых только что было сказано. Однако необходимо использовать и специальные методы, известные в повседневной и медицинской практике под названием «аутогенная тренировка» [Александров А. А., 1997]. Термин «аутогенная» приближенно можно перевести

как «создающая себя», или в более приземленном техническом понятии как «саморегулирующая». Все разновидности такой тренировки уходят корнями в глубокое прошлое индусской йоги и других восточных учений, датирующихся несколькими тысячелетиями до Рождества Христова. Главная ее цель — достижение состояния глубокой релаксации (расслабления) мышц всего тела, или выбранной группы мышц и органов тела, с направленным внушением определенного режима их деятельности. Таким образом, тренировка включает в себя упражнения на расслабление мышц и упражнения по обучению направленному самовнушению (обучение медитации). Последние доступны только детям старшего возраста (от 10 лет и старше). В нашей терапевтической практике они заменяются сеансами групповой психотерапии, а также индивидуальной психотерапией в амбулаторных или домашних условиях (индивидуальные сеансы психотерапии или прослушивание кассет с записью сеанса психотерапии в домашних условиях). Примерная схема таких сеансов приводилась нами ранее [Лохов М. И., 1994; Лохов М. И., Фесенко Ю. А., 2000].

Упражнения по тренировке расслабления (релаксации) при правильном их выборе доступны детям любого возраста. Они должны удовлетворять нескольким требованиям. Во-первых, быть несложными для исполнения. Во-вторых, состоять из нескольких отдельных фрагментов, часть из которых могли бы выполняться в любых бытовых условиях. В-третьих, количество упражнений должно быть ограниченным, чтобы их исполнение не занимало много времени, но зато они могли бы повторяться многократно в течение дня. И наконец, упражнения должны охватывать основные группы мышц, расслабление которых задействовано в сеансах психотерапии (при энурезе и энкопрезе упор необходимо делать на мышцы живота, нижней части спины, внутренних поверхностей бедер и шеи).

Из всего бесконечного разнообразия упражнений по релаксации могу порекомендовать три наиболее доступных, отвечающих перечисленным выше условиям.

*Первое упражнение* выполняется в положении сидя, стоя или лежа и заключается в медленном (на счет 6) сжатии пальцев в кулаки и одновременном сгибании рук в локтевых суставах с постепенным напряжением мышц, и затем быстрым разгибании (бросании) рук с мгновенным и максимальным расслаблением мышц. При сгибании вызывается образное представление поднятия тяжести (например, тяжелой сумки, ведра с водой и т. п.), а при разгибании — резкое сбрасывание тяжести. После этого производится потряхивание расслабленными кистями рук и вызывается представление стряхивания воды с кончиков пальцев.

*Второе упражнение* состоит из двух частей и выполняется в положении стоя. Руки вдоль туловища. Ноги находятся на ширине ступни. Из этого положения прямые руки медленно (на счет 8) и плавно поднимаются вверх, ноги опираются на носки, голова отводится слегка назад. Производится потягивание всех мышц тела. Вызывается образное



представление: «достань фрукт, висящий над головой». Затем (вторая часть упражнения) мышцы верхней половины туловища резко расслабляются, тело сгибается в пояснице и резко наклоняется вперед вниз. Колени слегка сгибаются. Производится встряхивание верхней (висящей) половины туловища. Вызывается представление «тряпичной куклы» (туловище — тряпка, голова твердая). Особое внимание обращается на расслабление мышц рук (висят как веревочки), шеи (голова болтается на шее, как на ниточке), плеч.

*Третье упражнение* выполняется сидя или стоя. Спина прямая, руки лежат на коленях (если упражнение выполняется сидя). Из этого положения голова резко «падает» вперед, подбородок касается груди. Мышцы шеи, плеч и спины расслабляются. Затем медленно (на счет «восемь») и плавно голова отводится назад к спине. Туловище выгибается вперед, плечи распрямляются и несколько отводятся назад. Такая напряженная поза фиксируется на 1—2 сек. Вызывается образное представление «достать головой до спины». После этого голова резко отводится (падает) вперед и касается подбородком груди. Спина прямая. Руки остаются на коленях ладонями вниз. Производится «катание» головы по передней поверхности туловища (от плеча до плеча). Вызывается образное представление «катящегося шарика». Особое внимание обращается на расслабление мышц шеи и концентрации на процессе качения.

Описанные упражнения доступны детям любого возраста. Они являются базовыми для достижения релаксации ведущих мышц, представительство которых в коре головного мозга максимально. Чем младше возраст ребенка, тем чаще необходимо повторять упражнения в течение дня. Для детей 3—8 лет весь комплекс повторяется через каждые 25—30 мин, для детей 9—12 лет — через 35—40 мин, для подростков и взрослых — через 45—50 мин. Время выполнения упражнений не ограничивается и не фиксируется. Каждое упражнение должно повторяться не менее 4—5 раз. После выполнения комплекса рекомендуется свободная двигательная активность под ритмичную музыку (типа танца) в течение 3—5 минут. Таким образом, если ребенок делает школьные уроки или занимается другим каким-либо видом деятельности (например, играет на компьютере) в статической позе, он должен через каждые 25—50 мин (в зависимости от возраста) выполнять весь комплекс упражнений, включая танцы, затем опять заниматься 25—50 мин и т. д. Наша практика показала, что такой распорядок деятельности нормализует двигательную активность ребенка, увеличивает его способности в концентрации внимания и повышает производительность выполнения учебных заданий.

В лечебном процессе правильность выполнения упражнений достигается в группе под руководством психотерапевта и закрепляется в сеансах групповой психотерапии. Начальное достижение релаксации в сеансе основано на расслаблении тех же групп мышц, которые используются в упражнениях. Этим достигается более эффективное вхождение в процесс углубленной психотерапии и суггестии вне зави-

симости от возраста ребенка и конкретного вида пограничного расстройства. Направленное внушение осуществляется либо в индивидуальных сеансах, либо чаще всего в группе. При этом используется тот факт, что многие пограничные расстройства имеют целый ряд общих функциональных нарушений (расстройство сна, гиперактивность, агрессивность и т. д.). Вопреки существующему мнению, психотерапия является высокоэффективным способом лечения пограничных расстройств у детей младшего возраста, кроме того, зачастую единственным способом (вместе с фармакологией), так как более развитые ступени саморегуляции (самовнушение, медитация и т. п.) для таких детей недоступны и небезопасны.

Что касается детей старшего возраста (после 10—12 лет), то основной упор психотерапии у них, как и у взрослых, делается на освоение и закрепление процессов саморегуляции. Одним из таких процессов, несомненно, является медитация, история которой, как и история релаксации, восходит к древности Востока. Целью медитации является достижение особого психического состояния «просветления», при котором, как показывают современные исследования объективными методами (ЭЭГ, ПЭТ и др.), меняются взаимоотношения между структурами головного мозга. Главный результат таких изменений заключается в обращении доминирования полушарий: контроль за психической активностью переходит от левого к правому полушарию мозга, что благотворно влияет даже на многих пациентов психиатрической клиники (при МДП, шизофрении), не говоря уже о пациентах с пограничными психическими расстройствами.

Существует множество разнообразных техник медитации. Однако общим для них является концентрация внимания на какой-либо деятельности медитирующего (ходьбе, дыхании, произнесении определенных звуков, молитв и т. п.), или на каком-либо внешнем объекте (пламени свечи, звуке, специальном изображении и т. п.). Прекрасным описанием опыта концентрации на деятельности, в частности на ходьбе и дыхании, является книга адмирала британского флота Шертока, который занялся такой практикой в довольно преклонном возрасте. Подробное описание других техник медитации дано в литературе [Каптен Ю. Л., 1991; Александров А. А., 1997; Knut A., 2005; Хемфрейс К., 1994; Erikson E. H., 2000].

Из вышесказанного становится понятным, что помимо описанного выше метода психофармакокоррекции крайне актуальной является применяемая нами (в рамках комплексной терапии) *семейная системная психотерапия*, подразумевающая комплекс психотерапевтических методов и приемов, направленных на лечение пациента в семье и при помощи семьи. Цель этого вида психотерапии — оптимизация семейных взаимоотношений, роль которых в улучшении исходов монополярных пограничных психических расстройств не вызывает сомнений.

Структура семейных ролей определяет — что, как, когда и в какой последовательности члены семьи должны делать, вступая в отношения

друг с другом. В нормальных семьях структура семейных ролей целостная, динамичная и носит альтернативный характер. По данным Э. Г. Эйдемиллера и В. В. Юстицкого (1990), у 66 % семей, в которых проживают дети с нервно-психическими расстройствами, отмечены либо структура жестко фиксированных патологизирующих семейных ролей, либо структура как таковая отсутствовала изначально.

Семейные подсистемы — совокупность семейных ролей, которая позволяет избирательно выполнять определенные семейные функции, обеспечивая жизнедеятельность семьи. Каждый член семьи может быть участником нескольких подсистем — родительской, супружеской, детской, мужской, женской и пр. Одновременное функционирование в нескольких подсистемах обычно малоэффективно.

Границы между подсистемами — это правила, определяющие, кто и каким образом выполняет семейные функции. В нормальных семьях они ясно очерчены и проницаемы. В семьях дисгармоничных они либо жесткие (между подсистемами не происходит обмена информацией), либо размыты (стрессы, переживаемые в одних подсистемах, легко иррадиируют на другие).

Исходя из этого в системной семейной психотерапии мы ставим перед собой следующие задачи:

1. Объединение психотерапевта с семьей.
2. Усвоение и поддержание процессов, которые обеспечивают сохранение привычного функционирования семейных подсистем, распределение ролей.
3. На втором этапе психотерапии — создание различных фрустрирующих ситуаций с целью инициировать переход семьи на иной, более сложный, уровень функционирования, ведущий к гармонизации взаимоотношений.

Содержанием семейной психотерапии является анализ взаимодействия всех членов семьи, которые собираются вместе в ситуации «здесь-и-теперь». В терапевтическом процессе выделяется два этапа: на первом происходит присоединение психотерапевта к семейной системе, выявление и усложнение когнитивных сценариев, с помощью которых происходит регуляция семейных отношений; указывается на негармоничный тип принятого в данной семье воспитания, на то негативное влияние нарушенных взаимоотношений, которое ведет к утяжелению патологических симптомов; на втором — реконструкция семейных отношений.

На первом этапе создается и усиливается мотивация у обратившихся за помощью. Предоставляется информация о роли семьи в происхождении нервно-психических расстройств у детей и особо подчеркивается, что в любой семье заключен не только патогенный фактор, но и сано-генный (путь к выздоровлению). Делается положительное эмоциональное подкрепление самой попытки обратиться за помощью. Огромное значение имеет «присоединение» психотерапевта к семье пациента, причем особая роль принадлежит здесь динамике поведения врача

от «наблюдателя», «вершителя судеб», «всесильного волшебника», от роли, приписываемой ему членами семьи, к роли одного из элементов семейной системы — «того, кто говорит, как мы», «того, у кого, оказывается, есть такие же проблемы, но он их уже решил». Используется специальная программа психотерапевтических упражнений, цель которых — развить навыки невербальной коммуникации, эмпатии, экспрессии своих переживаний, развитие и обогащение когнитивных сценариев.

Второй этап — реконструкция семейных отношений. Здесь производится анализ мотивации поведения участников сеансов, их эмоциональных реакций, оценочных суждений о взаимоотношениях в семье. Анализу подвергаются мысли, чувства, поступки, возникающие «здесь-и-теперь». Актуализация и структурирование полученного материала осуществляется с помощью разыгрывания ролевых ситуаций, упражнений гештальт-терапии: «раундов», диалога частей «Я» члена семьи и невербального диалога между участниками разных подсистем семьи.

Широко применяется методика с домашними заданиями (в виде прямых директив, метафорических и парадоксальных), семейная психодрама.

Работа по реконструкции семейных отношений способствует установлению границ между подсистемами, усилению функционирования одних и, реципрочно связанному с этим, ослаблению функционирования других подсистем. Если ранее супруги большую часть времени неосознанно смешивали родительский и супружеский контекст, что приводило их, с одной стороны, к неудовлетворенности супружеством, и, с другой, к появлению проблем или симптомов заболевания у ребенка, то в процессе психотерапии разделение родительского и супружеского контекстов способствует повышению их эффективности и как супругов, и как родителей, что благотворно отражается на самочувствии ребенка [Фесенко Ю. А., 2005; Фесенко Ю. А., Фесенко Е. В., 2005; Эйдемиллер Э. Г. и др., 2002, 2006; Dolto F., 1997].

*Индивидуальная психотерапия* проводится фактически с момента знакомства с пациентом в процессе обследования, о чем говорилось выше. Вообще, отделение индивидуальной психотерапии от семейной в нашей работе является чисто условным, так как на обследование ребенка приходит с одним из родителей, а иногда вместе с ребенком приходит вся семья. Лечить ребенка вне семьи практически невозможно. Поэтому существование стационаров для лечения детей с резидуально-неврологическими расстройствами (например, с заиканием, энурезом), может быть, и удобно для родителей, но принципиально не решает проблемы здоровья таких детей, а иногда только усугубляет ее. Психотерапевт может заниматься индивидуально с ребенком, но в план и цели таких занятий необходимо посвящать родителей. Это позволяет давать им домашние задания, а главное — делает их соучастниками лечебного процесса. Основные этапы психотерапевтического процесса, как и суть некоторых подготовительных мероприятий (например, использование



тех или иных фармакологических препаратов, аппаратуры обратной связи и т. п.), родители должны хорошо понимать. Объяснения могут даваться и в устной, и в письменной форме — в виде печатных инструкций. Кроме того, с родителями (и больными детьми старшего возраста) устанавливается своеобразная обратная связь. Мы обязываем их делать ежедневные записи о поведении и самочувствии ребенка в домашних условиях (своеобразный психологический дневник).

Индивидуальная психотерапия крайне важна, причем огромное значение я придаю первому посещению моего кабинета больным ребенком и его родителями. Удивительно, но около 15—20 % ребят с энурезом и энкопрезом становятся «сухими» и «чистыми» после этого первого посещения психотерапевта (первого знакомства). К сожалению, рецидивы часты (а я уже говорил, что пограничные психические расстройства имеют тенденцию к рецидивам (возвратам) симптома), но тот факт, что в пятой части случаев бывает достаточным один сеанс индивидуальной психотерапии, говорит о многом. Ниже я почти стенографическим образом приведу пример такого сеанса, из которого, надеюсь, будут понятны основные «точки психотерапевтического воздействия» на маленького пациента и его родителей.

---

*Ване 9 лет. На прием его привела мама. Очень важно, как посетители рассядутся: ребенок ли займет место поближе ко мне, мама ли (бабушка, папа — приходит на прием редко!) займет «партер» или будут другие варианты. Иван сел подальше, отдав всю инициативу матери. «Привет! Как дела?» — «Хорошо». Мальчишка насуплен, выражение лица недовольное. «А зачем же ты, хорошо живущий человек, пришел к врачу?» — «Мама привела, я идти к Вам не хотел». — «То есть, тебе в жизни ничего не мешает?» — «Да, у меня все нормально». — «Я понял. Значит, твоя мокрая кровать — проблема мамы, ей надоело стирать белье, и она приволокла тебя, как бычка на веревочке?» В ответ — ни слова, только нахмурился еще больше. «Как твои дела в школе?» — «Нормально». — «Поясни, что значит для тебя нормально». — «Тройки получаю, а по поведению — двойка». — «Это нормально?» — «Ну-у-у...» — «А братья-сестры у тебя есть?» — «Сестра. Ей 6 лет». — «Она тоже писается?» — «Нет. Но она вредная и противная — дразнит меня». — «А кто-то посторонний знает о твоей ночной проблеме?» — «Нет!» — «Скажи, а ты хочешь выздороветь, стать сухим». — «Не знаю». — «Вот это и плохо! Я тебе скажу одну вещь: даже если бы ты пришел со всеми своими близкими, которые мечтают о том, чтобы ты стал здоровым, но сам не хочешь этого, я не смог бы помочь тебе. Эта болезнь без твоего желания, причем серьезного и настойчивого, не лечится! А ведь она — не безобидный насморк! Она — твой плохой сон. Ты же ведь каждую ночь не высыпaeшьcя». «Что вы, доктор, он спит как убитый!» — это уже мама. «Да, но глубокий сон не означает — хороший! Попросту говоря, ты, Ваня, идешь в школу невыспавшимся. Откуда же возьмутся хорошие отметки, если на уроках ты спишь? А ты ведь неглупый мальчик, я это вижу — у тебя умные глаза. Тем более обидно! Когда глупые плохо учатся — это одно, а вот*

когда умные — это никуда не годится. И о сестре: она ведь младше тебя, а младшие всегда подражают старшим, учатся у них жить. Старший брат — это профессия! Да-да! А ты нездоров. Как не совсем здоровому работать, быть примером? Да еще и троечнику!» В глазах Ивана появился интерес к происходящему, лицо просветлело. «Ваня, болезнь твоя плохая во многом (сон нарушен, днем — проблемы с вниманием, поведение; постель мокрая, от чего ты часто болеешь и легко простужаешься; никуда не поехать: ни в лагерь отдыха, ни в дальнее путешествие), но она и хорошая. Не удивляйся! Ее плюс в том, что ты сможешь от нее избавиться, хотя это очень трудно. Здесь будут нужна недюжинная сила воли (безвольный — смешон!) и твое огромное желание стать таким же, как все, стать здоровым. И самое главное — ты будешь собой гордиться, когда преодолеешь болезнь. Нельзя полагаться только на врача. Врач не лечит, а помогает тому, кто хочет, лечиться! А вместе это сделать гораздо легче и быстрее. Начни с самого простого — терпи, закаляй волю, и ты станешь здоровым, а главное — сильным, волевым, уважаемым человеком! Пациенты, когда выздоравливают, меня благодарят. А я всегда отвечаю: “Да причем здесь я? Ты — молодец! И я горжусь тобой!” Да, врач нужен. Но только затем, чтобы показать пациенту, куда идти и что делать, чтобы выздороветь. Даже хирург, сделавший операцию, знает, что один встает на 2—3-й день, ходит после операции, и выписывается на 5-й день, а у второго послеоперационная рана заживает 2—3 недели! Все зависит от самого пациента, от его желания быть здоровым! Поэтому я всегда поздравляю выздоровевшего, жму ему руку и говорю, что верю в него, верю в то, что он станет достойным человеком!» — «Я пробовал не пить на ночь воду, как мне говорила мама, но у меня не получается, потому что вечером меня мучает жажда». «Знаешь, Ваня, питьевой режим хоть и важен, но не только в нем дело. Да, ограничивать количество жидкости после шести часов вечера надо, потому что с годами твой мочевого пузыря расслабился, обленился. Но опять же — тут дело в твоём желании. Я знаю, что, когда запрещают, пить очень хочется (“запретный плод сладок”). Но умный говорит себе: “Я очень хочу пить, но еще больше я хочу выздороветь — буду терпеть, и этим тренировать свою волю!” При этом я всегда запрещаю родителям следить за ребенком, контролировать его. Это бесполезно! Нельзя лечиться за другого! Запрет пить воду после шести вечера всегда должен относиться непосредственно к самому ребенку. Он должен осознанно не пить в это время, не прятаясь от строгих родителей, напиваясь украдкой из-под крана в ванной. У меня был мальчик, который, когда отец после шести вечера открутил все вентили кранов во всей квартире (“нам иначе было с ним не справиться”), зачерпывал ершиком воду из унитаза и обсасывал с него воду. Плохо обманывать других, но еще хуже — обманывать себя! Я разрешу тебе пить после шести вечера, но только полстакана, и не воды а “заговорного” чая (для дошкольников — “волшебного”). Ты же слышал, что есть старушки, которые заговаривают болезни? И если ребенка после трех лет или взрослого можно обмануть, то малыша до года — вряд ли. А ведь “заговаривают, зашептывают” пупочные грыжи у таких крох!» На лице у Ивана недоверие к моим словам. «Я тоже не верил в это, пока не прочитал книгу профессора Сытина “Лечебные настрои”. Там есть

заговоры почти от всех болезней. Оказывается, он, тоже не веря в “бабок”, поехал по деревням и записал заговоры на магнитофон. А когда обработал тексты с помощью компьютерной программы, понял, в чем секрет: длина фразы в таких заговорах совпала с длиной потенциалов нашего мозга! Мудрый народ! Кстати, и колыбельные, которые раньше напевали детям, качая их в люльках, — этого же поля ягода. А сейчас доктора говорят мамам: не надо его укачивать, пусть орет, пока сам не успокоится! Ужас!» (Для младших детей такое длинное пояснение не обязательно. Они верят в сказки, и обозначения, что чай «волшебный», бывает достаточно.) Мальчик уже совсем успокоился, расслабился, сидит свободно, подвинувшись ко мне поближе. «Только заговор, который я дам для тебя, — секретный, знать его будет только мама (бабушка), я его скажу ей, когда чуть позже выйдешь за дверь. Подслушивать нельзя! И ты не должен подслушивать волшебную формулу, которую я поведаю маме — иначе этот чай действовать не будет! Могу только сказать тебе, для чего этот заговор: с его помощью ты будешь **хорошо и правильно спать ночью, тебе будут сниться только красивые, яркие, добрые сны каждую ночь, и ты сможешь вытерпеть до утра, постель твоя будет су-ха-я!** Мама будет заваривать его на кухне, а ты будешь в другой комнате, куда она тебе чай принесет. Пить его будешь, когда совсем не будет сил терпеть (попросишь маму сам), не залпом, а глотками, чтобы растянуть эти полстакана на весь вечер. (Позже, когда ребенок выйдет в коридор, маме объясняется: “Когда он попросит чай, а чай конечно же будет обычным, но свежесваренным, можно и с травками, устройте целое представление: пусть валит пар, накройте кружку — специальную, красивую, из сервиза, которую другие не трогают, лично для Вани и его “заговорного” чая — красивым цветным платком, поколдуйте над кружкой, пошепчите. Это важно, ведь дети любопытны, и Ваня или сестра станут подглядывать (и пусть!) за тем, что Вы делаете. Выносите чай ритуально, как-то по-особому, торжественно и загадочно”.) Смешно, но часто родители после такого объяснения спрашивают: «А какой же заговор, какая его формула, доктор?» — «Это внушение: и прямое, и косвенное. А слова могут быть самыми простыми и понятными, например: “Господи, спаси и сохрани! Помоги моему сыну!”», — говорю я. — А подавая чай, скажите вполголоса, чуть отвернувшись: “Сухой! Красивые сны! Терпишь до утра!”. Нельзя в формуле внушения говорить слово “не”, никаких отрицаний, только утверждение!» «Кроме чая, Ваня, я обещаю прислать тебе Машину (девочкам — Куклу) “Дрёму”. Она появляется ночью и селится где-нибудь высоко (на шкафе, антресолях и т. п.). Она прилетит не сразу, а через несколько дней, когда ты покажешь всем, что умеешь терпеть, когда добьешься того, что постель суше и суше. “Дрёма” будет с тобой, помогая тебе ночью, и останется у тебя навсегда, когда ты выздоровеешь. Тогда ты сможешь взять ее в руки». (Понятно, что этот прием работает до определенного возраста.) «С сегодняшнего дня ты станешь вести дневник здоровья. Сам! Это просто: можешь расчертить календарь, в котором каждое утро будешь рисовать солнышко, если проснулся сухим, или тучку, если — мокрым; а можешь взять карманный календарик и зарисовывать черными чернилами в нем те дни, когда ты проснулся в мокрой постели. При каждом посещении нашего центра



ты будешь приносить календарь, чтобы показать его мне, до тех пор, пока он полностью не станет “солнечным”. И еще: с этого момента я запрещаю родителям будить тебя ночью, чтобы сводить в туалет. Ты сам будешь терпеть до утра, и кровать твоя будет сухой! Или, но опять же — сам (!), будешь просыпаться, как от толчка, от сигнала, и ходить в туалет (а не в шкаф, как бывает с теми, кого будят насильно, потому что они толком и не просыпаются!). Вот и все, что нужно от тебя. Не так уж и много, верно?» Родителям таких пациентов даются советы: пусть он (она) сам(а) делает то, о чем я говорил, не надо ему это напоминать ежечасно; но необходимо говорить о следующем приеме, о том, что ему нужно будет давать отчет доктору; допустимо награждать ребенка за «сухие ночи; обязательно хвалить его, высказывать свою гордость им; не ругать (нельзя ругать человека за то, что он болен!) и, тем паче, не оскорблять за “ночные эпизоды”».

---

Не меньшее значение в коррекции эмоциональных и поведенческих нарушений при пограничных психических расстройствах имеет игровая групповая психотерапия. С помощью групповой игры довольно успешно удастся укрепить уверенность ребенка в своих силах, создать непринужденность в контактах и выработать адекватные навыки общения через конструирование игрой взаимодействия со сверстниками. В игре используется драматизация негативных переживаний ребенка, жизненных конфликтных ситуаций (в школе, во дворе, дома), поступков, из-за которых его наказывали или отвергали. Каждое «событие» отражается в виде отдельных фантастических (сказочных) или реальных историй. Истории сочиняются дома (при участии родителей, которые присутствуют и на групповых занятиях), где по желанию ребенка они могут быть проиграны, причем роли он распределяет сам.

В группе игровая драма проводится либо в виде кукольного спектакля, либо в виде сценок-импровизаций, в которых не запрещается участие взрослых (по желанию любого пациента). Нами применяется методика перемены ролей, которая позволяет ребенку оказаться в роли то боящегося, то успешно защищающегося, то агрессивно или недружелюбно настроенного, то миролюбивого, то сильного и благородного. Выступление перед сверстниками и перед присутствующими взрослыми оставляет яркий эмоциональный след в душе маленького человека, что уже само по себе является важным положительным моментом в его борьбе с неуверенностью. По мере привыкания детей к правилам работы в группе все реже используются игровые реквизиты, все чаще игра приобретает вид драматического спектакля. Здесь особая роль отводится реальным историям, которые всегда актуальны, так как затрагивают жизненные стороны отношений детей. Эти истории имеют уже более конкретный сценарий, определяются постановкой реальных задач и выработкой определенного плана действий на будущее. На этом этапе широко используются примеры из жизни человека, страдающего тем или иным видом нарушений. Обыгрывается эмоци-



ональная сторона страдания (мучительное чувство неуверенности, страха, тревоги, стыда, несправедливо причиненной обиды и др.), вербализируются мысли, переживания и желания больного. С помощью игровых приемов происходит обучение адекватным приемам поведения в сложных жизненных ситуациях, что особенно важно и для детей, не умеющих постоять за себя, и для тех, кто предпочитает силу, агрессивность и грубость иным способам общения. Дети узнают себя как бы в зеркальном отражении («психотерапевт — зеркало для пациента»), что способствует осознанию и перестройке ими нежелательных черт своего поведения.

Групповые сеансы психотерапии для детей самого младшего возраста (3—5 лет) предпочтительно проводить вместе с родителями (или вместе с одним из родителей). Для детей более старшего возраста сеанс может быть смешанным: работа в течение двух часов отдельно с больными, а затем — в течение часа совместно с родителями. Участие родителей в каждой сессии групповой психотерапии приносит двойную пользу. Родители лучше видят, как успехи, так и неудачи своих детей в достижении промежуточных целей психотерапии. Родители сами подвергаются психотерапии, что приносит многим из них существенную пользу.

Помимо групповой и семейной психотерапии нами применяется *гипносуггестивная психотерапия* и приемы *аутогенной тренировки* (далее — аутотренинг). Гипносуггестия проводится в группе (8—10 человек), причем при лечении энуреза и энкопреза — в специально выделенные для сеансов дни (1 раз в неделю), в количестве 10—12 сеансов на курс. Следование принципу гомогенности группы обязательно, так как формулы гипнотического внушения отличаются по содержанию, отражающему патогенетический механизм конкретного заболевания.

В психотерапевтическом лечении детей с энурезом сеансы гипнотического внушения, на которых отрабатываются формулы глубокого сна с приятными длительными сновидениями, являются очень эффективными. Эти же формулы внушения применяются в так называемой материнской суггестии, впервые предложенной А. Ц. Гольбиным [Гольбин А. Ц., 1979, с. 184]. После нескольких сеансов внушения в присутствии матери ей предлагается дома, в состоянии сна ребенка, в период перед обычным для него временем мочеиспускания (который внимательными матерями хорошо улавливается), положив руку на лоб ребенка, тихо проговаривать формулу лечебного внушения. Материнская суггестия особенно полезна детям младшего возраста (2,5—4 года), применение для которых обычных психотерапевтических сеансов затруднительно.

Приведу формулу суггестии (внушения), применяемую мной в сеансе гипносуггестивного лечения (после введения пациента в транс): *«Отдыхай спокойно. Тяжесть и тепло во всем твоём теле. Веки тяжёлые. В голове тёплый, густой туман, который закрывает тебя от по-*

сторонних звуков: шума улицы, шума машин, чужих голосов. Только мой голос проникает сквозь этот туман, доходит до тебя. Его ты слышишь обязательно. Он лечит тебя. Он будет с тобой и днем и ночью. С его помощью ночью тебе будут сниться красивые, добрые, красочные сны. Каждую ночь они обязательно тебе будут сниться. Поэтому ты будешь правильно спать ночью, видеть такие яркие сны и будешь терпеть до самого утра. Ты будешь сухой, обязательно, во что бы то ни стало. Су-хой! Твоя постель будет сухой и чистой. Если же ты не сможешь терпеть, то эти красивые, добрые сны помогут тебе самостоятельно проснуться, чтобы сходить в туалет. Но — главное — ты теперь сможешь терпеть до утра, с каждым днем все увереннее и легче. Выздоровливаешь раз и навсегда! Твоя постель су-хая! Болезнь уходит, чтобы никогда больше не вернуться. Ты — здоровый, сильный, волевой человек! Выздоровливай. Мои слова, которые ты сейчас слышишь, теперь всегда с тобой. Днем и ночью. Они помогают тебе в трудную минуту. Ты выздоравливаешь с их помощью, становишься все увереннее и увереннее в себе...»

При лечении энкопреза суггестивная формула отличается только ключевыми словами: вместо «терпеть до утра, сухая» — «твои трусики всегда чистые; ты всегда чувствуешь, что хочешь в туалет, и успеваешь сходить; твоя болезнь уходит сама, чтобы никогда не вернуться; ты спокоен, ты уверен в себе, ты сильный и легко справляешься с этой противной, некрасивой болезнью».

Детям старшего возраста и подросткам рекомендуется проводить на ночь сеансы самовнушения, с заданием увидеть длинные красочные приятные сновидения. Отдельные моменты таких сновидений можно отработать на дневных сеансах психотерапии. Наблюдения показали, что такие методы способствуют увеличению парадоксальной стадии сна и прекращению энуреза.

Не исключается совмещение видов психотерапии, а в большинстве случаев даже является необходимым. Так, при лечении тикозных расстройств хорошие результаты получены, когда сочеталась групповая гипносуггестия, аутотренинг и приемы косвенного внушения. Дети, страдающие энурезом и энкопрезом, дают наиболее выраженную положительную динамику, когда психотерапевт проводит одновременно семейную, индивидуальную патогенетическую и групповую гипносуггестивную психотерапию, а родители в домашних условиях применяют косвенное внушение (по заданию врача) и совместно с ребенком проводят сеансы аутотренинга.

Особо следует сказать о работе с детьми, у которых энурезу и (или) энкопрезу сопутствует синдром нарушения внимания с гиперактивностью. Как правило, на первый план, помимо недержания мочи, здесь выступает и гиперактивность, которая на первый взгляд мешает проведению занятий в группе и в общей психотерапевтической практике довольно часто служит причиной отказа таким пациентам в психотерапии. По нашему мнению, особенно в силу того, что именно у этих

детей имеются наиболее ярко выраженные конфликты в семье, среди сверстников и в школе, психотерапевтическое воздействие при СДВГ жизненно необходимо. Нами успешно применяется сочетание групповой игровой и гипносуггестивной психотерапии (эффект наступает с 3—5 сеансов, что требует немалого терпения от психотерапевта), когнитивного и позитивного методов, которые базируются на самой важной части воздействия — системной семейной психотерапии.

В качестве основных механизмов лечебного воздействия групповой психотерапии в этом случае могут рассматриваться механизмы, корригирующее эмоциональное переживание, конфронтация и научение [Александров А. А. и др., 1992].

*Механизмы, корригирующее эмоциональное переживание.* В это понятие прежде всего входит эмоциональная поддержка, подразумевающая собой принятие пациента психотерапевтом и группой, признание его человеческой ценности, значимости и готовность *понимать* его, исходя из его отношений, установок и ценностей. Эмоциональная поддержка оказывает устойчивое положительное воздействие на самооценку ребенка и, как следствие, производит корригирующее эмоциональное воздействие на отношение его к себе. Ребенок переживает свой прошлый и текущий опыт, анализирует его, перерабатывает, выбирая более адекватные формы эмоционального реагирования.

*Конфронтация.* Заслуженно считается, что она представляет собой ведущий механизм лечебного воздействия, направленного на личностные изменения. Это не что иное, как «столкновение» пациента с самим собой, со своими проблемами, конфликтами, эмоциональными и поведенческими стереотипами. Осуществляется этот механизм за счет обратной связи между пациентом и психотерапевтом, между каждым из членов группы и группой как целым. Благодаря создаваемой конфронтации ребенок получает информацию о том, какие эмоциональные реакции у окружающих вызывает его поведение, как он воспринимается другими, каковы цели и мотивы его поведения, какие эмоциональные и поведенческие стереотипы характерны для него.

*Научение.* Осуществляется как прямо, так и косвенно. Группа выступает как модель реального поведения ребенка, создавая условия для исследования пациентом собственного межличностного взаимодействия, поведения, позволяя вычленив конструктивные и неконструктивные элементы, приносящие удовлетворение или вызывающие негативные переживания. Возникшие изменения позитивно подкрепляются в группе, а пациент в свою очередь реально ощущает свою способность к таким изменениям, которые приносят удовлетворение ему самому, и положительно воспринимаются окружающими.

В толковом словаре С. И. Ожегова есть следующее определение, связанное с понятием «игра»: «Солнце играет на поверхности воды. Вино играет. Улыбка играет на лице. В смысле: *проявляться, обнаруживать себя каким-либо образом (в особом блеске, живости, сверкании...)*». Нам кажется, что именно в этом контексте *игровая психотерапия* должна

способствовать полному, продуктивному, позитивному осуществлению самовыражения ребенка с гиперкинетическими проявлениями, сопровождающими энурез и энкопрез, возвращая его в естественный для него мир *Игры*. Тем более что проигрывать повседневные человеческие роли в театре, руководимом режиссером по имени *Жизнь*, ему придется еще много-много лет.

Не будем забывать и о положительной роли игровых тренингов для родителей наших пациентов. Методика групповой игровой психотерапии органично интегрирует различные приемы исправляющего воздействия, оказывающие заметное влияние на когнитивно-мнестическую, потребностно-мотивационную, социально-коммуникативную сферы личности, что позволяет и родителям ребят приобрести неоценимый эмоциональный, поведенческий и когнитивный опыт межличностного взаимодействия для решения проблем наиболее полной социализации своих воспитанников. Не случайно нами практикуется комментарий для родителей всего происходящего в группе, особенно для тех, у которых дети страдают энкопрезом, отягощенным массивными невротическими наслоениями.

Игровая коррекция в группе проводится нами в течение 12—14 занятий. Периодичность — 1 раз в неделю. Длительность занятия — 1,5—2 часа. В дни между занятиями проводятся сеансы различных индивидуальных психотерапевтических методик, а также даются задания для домашней работы (целенаправленные тренинги для всех социально значимых членов семьи).

Для каждой из встреч существует специальный сценарий, который не обязательно является догмой и может видоизменяться в зависимости от потребности всей группы или конкретного пациента. Тем не менее весь цикл занятий разделен на *три* блока, образно названные нами так: «Кто Я?», «Кто Ты?», «Что такое Они?».

**Блок «Кто Я?».** 4—5 занятий. Обсуждаются понятия силы, ловкости, смелости, самостоятельности, интеллекта, темперамента, характера.

**Блок «Кто Ты?».** 4 занятия. Темы: лидерство, коллектив, обида и обидчивость, личность, притязания.

**Блок «Что такое Они?».** 4—5 занятий. Беседы о ролевом поведении, о притязаниях и установках, об отношении с другими, о жизни и реальности.

Беседы и обсуждения не должны занимать более половины (лучше — одну треть) всего времени занятия, так как гиперактивность ребят не позволяет им удерживать внимание длительное время. Мы вообще стараемся каждые 10—15 минут прерывать обсуждения для проведения «минутки расслабления», «бегунка», пляски «танца победы» и т. п.

В конце беседы дается «формула успеха» (в виде прямого внушения), которую пациенты проговаривают вслед за психотерапевтом, а родители записывают в дневник, ведущийся всей семьей с первой до последней встречи. Формула отражает ту тему, которой было посвящено



занятие, запоминается ребятами и используется в повседневной жизни (как своеобразный «настрой»).

После этого проводятся различные игры, большей частью подвижные и на выявление «чемпиона»: («Мышка без норки», «Петушки», «Ворота», «Армрестлинг», «Перетягивание каната», «Американский футбол», различные эстафеты), театральные тренировки, сеансы рисования и лепки из пластилина. Часть времени отводится на обсуждение сказок, придуманных самими пациентами, отгадывание загадок, расшифровку смысла пословиц и поговорок.

Прекрасно проявило себя в такой группе упражнение на расслабление, применяемое и у детей с заиканием (преображение тела — от «струнки», «деревянного Буратино» до «мокрой тряпки, брошенной на батарею»).

Особенно полезным для гиперактивных и невротичных детей нам кажется «Танец богини победы Ники», призванный для высвобождения ребенка и от тревоги, неуверенности, и от агрессии, раздражения. Дети представляют себя древним воином, в руках которого щит («Для современного человека, ребенка, это устойчивость к неудачам и трудностям, надежность, сила духа и физическая сила») и меч («А это — ловкость, быстрота рук и мысли, находчивость и смекалка»). Перед битвой древние разукрашивали лица воинственным рисунком, оскаливались, показывая острые, крепкие зубы («Сделайте свои лица сейчас злобно-ужасными!»), и издавали душераздирающий вопль-визг, чтобы у врага только от одного этого задрожали коленки. Участники группы, становясь в круг, пляшут этот танец 15—20 секунд, оглашая кабинет игровой психотерапии «воинственным кличем» («Ребята, только визжать надо так, чтобы у нас, взрослых, зазвенело в ушах!»).

Последние 10 минут занятия отводятся на проведение упражнений нервно-мышечной релаксации, о различных приемах которой я уже говорил. Нами используются некоторые элементы *«прогрессивной мышечной релаксации Джекобсона»*, предложенной автором в 1922 году на основании его выводов о том, что эмоциональному возбуждению соответствует мышечное напряжение, причем за определенный тип эмоционального реагирования отвечает определенная группа мышц (угнетенное настроение, к примеру, сопровождается напряжением дыхательной мускулатуры, страх вызывает напряжение круговых мышц рта, языка, гортани и затылочных мышц). Джекобсон использовал серию упражнений на напряжение и последующее расслабление мышечных групп с целью достижения состояния глубокой релаксации.

Наибольшее предпочтение нами все же отдается *аутогенной тренировке*, поскольку дети и их родители, обученные ее приемам на занятиях и специально выделяемых для этого сеансах, применяют данный метод в домашних условиях. Классический вариант АТ предложен Шульцем, но из-за его сложности и трудного восприятия детьми нами используется адаптированный к детскому возрасту вариант, который мы с успехом применяли около 15 лет в работе с детьми, проходив-

шими лечение в городском отделении по лечению неврозов. Методика АТ, как указывают многие специалисты в области психонервных расстройств, наиболее всего подходит для курации больных, проявления заболеваний которых связаны с эмоциональным напряжением в сочетании с речевыми нарушениями, психосоматическими страданиями, больных, имеющих остаточные явления органических заболеваний нервной системы, а также с целью коррекции реакции личности на болезнь. Успешное преодоление тревоги и эмоционального напряжения во время сеанса АТ служит еще одним доказательством целесообразности ее использования при лечении детей с пограничными психическими расстройствами и, в частности, энкопрезом, энурезом, синдромом гиперактивности.

Пациенты рассаживаются в креслах, образуя круг, по периметру которого ходит психотерапевт, произнося формулу расслабления. Мы используем классическую позу положения тела — «позу кучера». При расслаблении определенной группы мышц называется связь этой группы с соответствующим органом (используется «канальная» («меридианная») теория древнекитайской медицины, о чем я расскажу в следующей главе), например: *«Расслабляются, расслабляются мышцы больших пальцев рук, большие пальцы рук расслабляются — становятся теплыми и тяжелыми. Большие пальцы рук — это наши легкие. Большие пальцы рук тяжелые и теплые, а дыхание становится свободным, незаметным, ровным и спокойным... Расслабляются мышцы мизинцев рук, мизинчики тяжелеют и теплеют. Мизинцы рук — это наше сердце. С расслаблением мизинцев успокаивается сердце, оно бьется ровно и спокойно, ритмично и незаметно для тебя...»* По окончании расслабления всех мышц тела пациента психотерапевтом проговариваются формулы, смысл которых сводится к вербализации уверенности в своих силах, контроля своего эмоционального и поведенческого реагирования, ощущения прекрасного самочувствия и хорошего, ровного настроения после сеанса, доброго отношения к окружающим, высокой собственной работоспособности, смелости и ответственности за свои действия в сложных жизненных ситуациях. Выход из состояния расслабления (*«...мышцы начинают наливать силой, начинаешь ощущать напряжение в кистях, предплечьях, плечевом поясе»*) происходит в обратном порядке — от мышц затылка, лица, шеи до пальцев рук.

Пациенты и их родители получают задание проводить сеансы АТ ежедневно перед сном, причем для более полной релаксации рекомендуется делать это в кровати, в лежащем положении. По мере усвоения навыков расслабления сеансы в группе проводят сами ребята, получая позитивное подкрепление от психотерапевта.

Необходимо отметить, что целесообразно разделение игровых групп по возрастному признаку. Нам кажется, что наиболее эффективным является формирование младшей (7—10 лет) и старшей (11—15 лет) групп, хотя довольно часто девяти-десятилетних ребят мы привлекаем для участия в старшей возрастной группе, а более старших, но инфан-

тильных, не принимаемых сверстниками, — в младшей. Количество детей в группе колеблется в пределах от 8 до 12 человек, что, по нашему опыту, обеспечивает наиболее оптимальный режим работы, способствуя достижению главной цели психотерапевта — превращения диффузной группы в психотерапевтический коллектив [Гарбузов В. И., 1994; Фесенко Е. В., Фесенко Ю. А., 2006].

В завершение надо сказать, что в процессе группового общения формируются некие общегрупповые ценности, которые при интериоризации способны стать новыми продуктивными свойствами личности, способствующими процессу последующей реабилитации. Поэтому считается, что деятельность группы направлена на решение проблем каждого ее члена, когда личные проблемы каждого и межличностные отношения создают предпосылки для возникновения «психотерапевтической атмосферы», желательной для психотерапевта и успеха лечения.

Преимущество *патогенетической психотерапии*, к которой относится и групповая игровая психотерапия, состоит в ее открытости к интеграции с другими психотерапевтическими подходами, что отражает современную тенденцию в развитии психотерапии. Это особенно относится к методам когнитивно-поведенческого, феноменологического, альтруистического подходов (когнитивная психотерапия А. Бека, позитивная психотерапия Х. Пезешкиана, рационально-эмотивная психотерапия А. Эллиса, гештальт-терапия Ф. Перлза, альтруистическая психотерапия В. Гарбузова).

Семейные психотерапевты в своей работе опираются на одно из основных положений гештальт-психологии: «...Человек вынужден вести себя ненормально, реагируя на ненормальную социальную структуру» [Haley J., 1996]. Другими словами, структура семьи формирует патологический стандарт поведения — патологический *гештальт*, которого вынужден придерживаться каждый из членов семьи, в том числе и ребенок.

У ребенка, как у носителя наиболее чувствительной, не забитой жизненными поведенческими штампами психики, чаще всего и в более явном виде формируются патологические, с общесоциальной точки зрения, но полезные для семьи аспекты поведения. Выступая в роли «козла отпущения», громоотвода, ребенок предохраняет семью от разрушения. Например, возникшие у ребенка проблемы с поведением, речевые затруднения, недержание мочи и другие привлекают к нему внимание семьи. Они заставляют отца забыть на время о своих неприятностях на работе или о любовной связи на стороне. Избавляют мать от необходимости следить за поведением супруга, от частых ссор с ним или от необходимости искать для себя работу.

Несмотря на уникальность взаимоотношений в каждой отдельно взятой семье, существует ряд общих подходов или стратегий для психотерапии [Whitaker C., 1998]. Задача психотерапевта заменить патологическое поведение ребенка на менее для него разрушительное, не лишая его возможности быть полезным семье.

Приведу пример из прекрасной книги одного из известных семейных психотерапевтов К. Маданес, недавно переведенной на русский язык [Madanes C., 1999].

*Стратегия 1.* Один из родителей (тот, на кого преимущественно направлено компенсирующее семейную ситуацию поведение ребенка) намеренно способствует сохранению патологического поведения, доводя его до абсурда.

*Клинический случай.* Мальчик 12 лет приведен к психотерапевту с диагнозом энурез. Причины органического характера были исключены тщательными предшествующими обследованиями соматическими врачами. Мать пациента лечилась по поводу депрессии. Она жаловалась на отсутствие интереса к ней со стороны мужа, который был поглощен работой и связью с другой женщиной.

Психотерапевт предположил, что симптом ребенка является одновременно и моделью поведения отца (имеющей отношение к постели), и попыткой помощи обоим родителям (повышенное внимание, обращенное на недуг ребенка, позволяло родителям отвлечься от супружеских проблем). Действительно, благодаря симптому сына мать на время забыла о своей депрессии и могла требовать от отца, чтобы тот больше времени проводил в кругу семьи, уделяя внимание сыну. Отец также оказался в выигрыше. Вместо частых ссор с женой по поводу супружеских отношений он мог обсуждать с ней болезнь ребенка. В таких беседах оба родителя получали возможность косвенным образом высказать друг другу свои наболевшие претензии, выговориться, не прибегая к помощи третьих лиц и не переходя границы принятых приличий (без скандалов).

Терапия началась с задания отцу не просто сочувствовать проблеме ребенка, а непосредственно оказать ему реальную помощь. Он (а не мать!) должен был стирать мокрые простыни ночью и следить за тем, чтобы мальчик присутствовал при этом. Отец не выполнил задание (не стал будить ребенка ночью). Поэтому задачу усложнили. Отец должен был каждый вечер заставлять сына выпить большой стакан воды и требовать, чтобы тот написал в постель. После чего, не меняя простыни, должен был уложить ребенка спать в мокрую постель.

Когда несколько раз отец пытался выполнить задание, сын плакал и умолял отца не заставлять его вести себя таким нелепым образом. Они много разговаривали с сыном по поводу его симптома, и несколько раз в течение недели отец из-за этого даже не пошел на работу. Энурез резко сократился, а потом и вовсе исчез.

Благодаря инструкции психотерапевта патологическое поведение сына перестало быть полезным отцу и стало вызывать его тревогу и переживания. Отец стал уделять отношениям с сыном больше времени. Поэтому у сына пропала потребность использовать свой симптом для привлечения к себе внимания и защиты отца. Дальнейшее проведение нескольких терапевтических сессий между мужем и женой позволило значительно улучшить их отношения. В результате курса терапии супру-



ги восстановили свои интимные отношения, мать бросила курить, ребенка перестали давать риталин, который он в течение нескольких лет принимал как средство против гиперактивности. Здоровье ребенка настолько улучшилось, что никто не вспоминал о его бывших проблемах.

*Стратегия 2.* Родитель (или психотерапевт) просит, чтобы ребенок притворился, будто страдает симптомом. В отличие от предыдущей стратегии, вместо поощрения симптома окружающие побуждают ребенка сделать вид, что он страдает симптомом. Родители тоже делают вид, что помогают псевдобольному так, словно у него действительно в настоящий момент существует проблема.

*Клинический случай.* Девочка 15 лет направлена к психотерапевту по поводу эпизодических эпилептических припадков. Припадки, как правило, возникали посреди ночи и не поддавались действию никаких лекарств. Громкие крики девочки будили всю семью. Родители и другие дети собирались вокруг ее кровати, и каждый из них старался выразить свое сочувствие больной.

Терапевт предположил, что болезнь выполняла в семье какую-то защитную функцию. Он попросил пациентку попытаться испытать состояние припадка прямо сейчас, у него на приеме. Остальные члены семьи (мать, отец, брат и сестра) должны были проделать все, что они обычно делали, когда припадок случался дома. Несмотря на видимые усилия со стороны больной, настоящий припадок не состоялся. Тогда терапевт попросил пациентку сделать вид, как будто у нее припадок, а членов семьи — проделать все то, что они обычно делают дома при таких обстоятельствах. Девочка начала биться в конвульсиях с большим энтузиазмом, чем раньше. Семья также усиленно поддерживала ее. Особенно старался отец.

Семье дано было предписание разыгрывать такой сценарий дома каждый вечер, несмотря на усталость или плохое самочувствие родителей, а также кого-либо из других членов семьи.

После первого же выполнения предписания припадки прекратились. Однако девочка из тихого и робкого ребенка, каким она была раньше, превратилась в грубую и непослушную дочь. Она часто стала уходить из дома без предупреждения и грубить старшим. Родителям была дана рекомендация не оставлять нарушения без последствий и обращаться с этим ребенком так же, как и с другими детьми, ничем ее не выделяя.

Через неделю после этого у пациентки начались галлюцинации. Она как безумная носилась вокруг дома и кричала, что какой-то мужчина напал на нее, а потом убил ее брата и сестру. Отцу с трудом удалось поймать девочку. Ее поведение при этом было очень близким к прежнему поведению во время припадка.

Терапевт воспроизвел вместе с семьей ту ночь, когда у пациентки возникли галлюцинации, и предложил в дальнейшем ежедневно проигрывать эту сцену дома по знакомой семье схеме. Кроме того, он дал инструкцию родителям установить для девочки строгие правила поведения и требовать от нее их исполнения.

Несколько месяцев все было спокойно. Затем родители опять попросили психотерапевта о встрече, так как у дочери возобновились ночные припадки. Встреча прошла по знакомому сценарию, но в конце родители попросили врача написать справку о плохом состоянии здоровья ребенка, которое требует улучшения жилищных условий семьи (необходимость переселения семьи в более комфортный дом-новостройку). Стало очевидным, что болезнь девочки приносит семье материальную выгоду. Поэтому терапевт заявил супругам и пациентке, что он поможет им с жилищным вопросом вне зависимости от того, страдает ли девочка припадками или нет. Таким образом, пациентка перестала испытывать нужду в болезни, чтобы иметь возможность помогать семье. В последующие годы припадки не повторялись, хотя никаких лекарств бывшая пациентка не принимала. Поведение ее также нормализовалось.

*Стратегия 3.* Родители (или психотерапевт) просят ребенка сделать вид, как будто он оказывает им помощь. Когда ребенок защищает своих родителей посредством патологического поведения, он помогает им скрытым образом. Такое поведение утрачивает свои защитные функции и, соответственно, свою необходимость, если ребенок получает возможность открыто защищать родителей.

*Клинический случай.* Родители обратились за помощью по поводу того, что их семилетнего сына часто мучают головные боли. Кроме того, у ребенка были проблемы с поведением в школе и плохие отношения со своей пятилетней сестрой.

У отца семейства также были серьезные проблемы: он лечился от алкоголизма, и его могли уволить с работы. Семья не обсуждала проблемы отца в явном виде, но каждый раз они затрагивались косвенным образом, когда велись разговоры о болезни ребенка. Таким образом, ребенок служил «козлом отпущения», которого родители использовали, чтобы обсудить проблемы отца.

На первой встрече терапевт попросил разыграть сцену, в которой отец должен был представить, что, вернувшись вечером с работы, он испытывает страшную головную боль. Сын должен был утешать его, втягивая в игру и отвлекая от боли. Кроме того, мальчик должен был интересоваться, как у отца прошел день, как он себя чувствует и т. п. Отец в свою очередь должен был рассказывать о воображаемых проблемах на службе, избегая признаний в подлинных неприятностях. Мать и дочь должны были изображать, будто готовят обед. Терапевт дал задание исполнять эту сцену дома каждый вечер в течение недели. Семья добросовестно следовала указаниям терапевта.

Через неделю мальчику стало гораздо лучше, а по прошествии еще трех недель, в течение которых продолжалось разыгрывание описанной сцены, головные боли у ребенка полностью исчезли.

Таким образом, оправдалось предположение терапевта о том, что, во-первых, мальчик защищал отца проявлением симптома, требующего большего проявления родительской заботы. Во-вторых, поведе-

ние ребенка обеспечивало патологический гештальт поведения семьи, который давал родителям возможность обсуждать проблемы отца, не затрагивая их прямо и таким образом избегая семейных скандалов. Терапевт дал новый способ помощи отцу со стороны сына: он должен был играть с ним и вести разговоры. Сын перестал нуждаться в головной боли как средстве помощи отцу.

Моделью отцовских проблем стала имитируемая им самим головная боль. Поэтому мальчик с его симптомом перестал использоваться семьей для подпитки патологического гештальта. Родители теперь с большей откровенностью обсуждали свои проблемы и добивались их разрешения. С ребенка была снята непомерная психологическая нагрузка, требующая большого нервного напряжения, что улучшило его поведение в школе и отношения с сестрой.

Итак, по мнению К. Маданес, основа патологического симптома заключается в возможности ребенка обеспечить посредством такого поведения защиту родителям. Привлекая их усиленное внимание и заботу, он помогает родителям уйти от собственных трудностей и превозмочь их собственные недостатки. Такое поведение дает также некоторую межличностную выгоду самому ребенку. Поэтому применяемые психотерапевтические стратегии, организуя новые возможности, должны сохранять такую выгоду для ребенка при исчезновении патологического симптома.

Другой известный американский детский терапевт В. Оклендер удачно сочетает индивидуальную психотерапию с семейной, делая основной упор на индивидуальный подход к ребенку. Многочисленные патологические симптомы она считает способами выражения ребенком собственного «Я», которое ему не удастся выразить (он не умеет или не может) более приемлемыми путями. «Я говорю ребенку и его родителям, что недержание мочи может быть проявлением здорового стремления к самовыражению. Если ребенок не нашел адекватного способа выразить то, что ему было нужно, он начинает выражать это другим способом. Если бы он не нашел такого пути, неудовлетворенные потребности могли бы найти свое отражение в симптомах бронхиальной астмы или развитии экземы» [Oaklander V., 1997, с. 260].

Психотерапевтический подход к устранению симптома включает в себя несколько моментов. Во-первых, все члены семьи в присутствии ребенка должны делиться своими переживаниями. Во-вторых, на ребенка возлагается ответственность за произошедшее: ведь именно он сделал то, что принесло неприятности всем членам семьи. С другой стороны, важно, чтобы и родители, и ребенок поняли, что в произошедшем нет чьей-то *умышленной* вины. Поэтому система поощрения-наказания, одобрения-неодобрения здесь не работает. «Ведь мы не поощряем ребенка за то, что у него нет головной боли, и мы не называем его идиотом, если у него болит голова» [там же, с. 262]. В-третьих, ребенку оказывается помощь в более ясном ощущении своих физических симптомов посредством физической и дыхательной гимнастики, медита-

ции, различных подвижных игр и т. п. И наконец, ребенку помогают овладеть более приемлемым способом выразить то, что ему необходимо выразить.

Чтобы побудить детей к выражению своих проблем, Оклендер использует рисование, лепку, работу в песочнице, игры в воде, различные двигательные упражнения и многое другое, доступное детской фантазии. Конечным итогом всех этих упражнений является лучшее осознание ребенком самого себя, своих скрытых желаний, освоение возможности их выражения без применения патологических симптомов.

Не побоюсь еще раз подчеркнуть, повториться: все описанные приемы эффективны только на фоне проводимых системных мероприятий по компенсации нарушений межструктурных взаимоотношений головного мозга под контролем ЭЭГ.

Лечение энкопреза — не менее сложный и спорный вопрос, чем вопрос о сути его возникновения, течения и особенностей клинической картины.

Энкопрез нередко может сочетаться с тяжелыми формами запора, что усложняет процесс лечения. Тем не менее некоторые авторы предлагают, как они считают, действенные способы лечения данных отклонений. Для этого они предлагают соблюдать несложную, специальную диету. Данная диета должна быть легкой и способствовать усилению перистальтики, и ни в коем случае не должна раздражать желудочно-кишечный тракт больного. Поэтому всем пациентам, которые страдают от подобных видов заболеваний, рекомендуют употреблять только молочно-растительную пищу. Всем людям, независимо от возраста, которые страдают энкопрезом и запором, крайне необходимо совершать каждое утро зарядку с небольшой физической нагрузкой. Это вполне могут быть бег на улице или занятия в доме с утяжелителями. Одним из упражнений, входящих в утреннюю зарядку, могут стать прыжки со скакалкой. «Если данные рекомендации вы соблюдаете в течение месяца, а улучшения так и не последовало, то крайним методом в подобном вопросе может стать система опорожнения кишечника при помощи очистительной клизмы» (!).

Г. Г. Шанько с соавторами (2007) отмечают: «Нерешенность многих клинических и патофизиологических аспектов энкопреза породила много различных рекомендаций по лечению данного заболевания. Терапевтические мероприятия должны зависеть от времени возникновения энкопреза (днем или ночью — последнее встречается крайне редко), клинической формы заболевания, наличия или отсутствия резидуально-органической патологии и сопутствующих заболеваний, прежде всего желудочно-кишечного тракта».

Они считают, что помощь этим больным в конечном счете должна включать регулярное освобождение прямой кишки и толстого кишечника от каловых масс и постоянную безболезненную дефекацию, чего можно добиться при готовности родителей к сотрудничеству с врачом. Больной ребенок должен иметь желание избавиться от данного



дефекта. Этот трудоемкий процесс может быть довольно продолжительным, особенно при энкопрезе патохарактерологического характера. Залогом успеха является тесное сотрудничество врача-специалиста по данной проблеме с семьей ребенка, наличие положительной мотивации и готовности к совместной работе.

Основным методом лечения энкопреза авторы признают психотерапию. Могут использоваться различные ее виды: индивидуальная, игровая, семейная, суггестивная — внушение в бодрствующем, предсонном, просоночном, гипнотическом состояниях и другие, а также различные модификации известных психотерапевтических воздействий.

«В начале нужно тщательно обсудить привычки питания и туалета ребенка. Пьет ли он много молока (употребление большого количества молока может вызвать запор)? Достаточно ли у ребенка времени на туалет, выходит ли он из туалета по утрам без результата? Ходит ли ребенок в туалет в детском саду, школе, часто ли у него случаются запоры/диарея? Поведенческая терапия со строгими правилами и положительным закреплением дает не плохой эффект. Иногда необходимо поощрять ребенка, даже если он полностью не выполняет того, что надо (например, сходил в одежду, но уже в туалете, а не в другом месте)», — заключают исследователи.

После первых неудачных попыток посещения туалета некоторые авторы рекомендуют через 10 минут снова повторить эту процедуру. Как правило, положительного эффекта от этого обычно не бывает, а ребенок при таком подходе очень негативно относится к посещению туалета. Посещать туалет при запорах и энкопрезе следует только после еды 2—3 раза в день.

Реакция ребенка на посещение туалета должна фиксироваться в специальном журнале, и он может награждаться материально либо социально (с использованием флажков, звезд, похвалы, объятий и т. д.) для моделирования поведения — вначале за сидение в туалете и затем за случайный моцион в нем.

Суггестивные и тренировочные приемы могут реализовываться в рамках индивидуальной терапевтической программы. Одним из психотерапевтических методов лечения энкопреза является внушение. Некоторые авторы рекомендуют использовать следующую методику. Ежедневно утром в течение 10—15 дней (курсы повторяют через 4—5 недель) больному вводят в задний проход дренажную трубку или кончик клизмы, которые он должен с силой сжать и периодически разжимать. В это же время ему в бодрствующем состоянии или в состоянии сомноленции внушают, что он может удерживать трубку длительное время. Внушение длится в общей сложности 10—15 минут. Постепенно у больного вырабатывается способность длительное время удерживать дренажную трубку. Вначале он делает это в положении лежа, через несколько дней — в положении стоя, а затем, успешно освоив выполнение этого приема, передвигается с дренажной трубкой.

При неврозоподобном энкопрезе, когда имеется гипотония мышц толстого кишечника, ослабление позыва на дефекацию, снижение силы сфинктеров, внушение можно сочетать с другими методами: диетотерапией, механическими тренировками сфинктеров и т. д.

Больного с энкопрезом следует приучать к ежедневному стулу, лучше в утренние часы. В случае запоров ему желательно делать очистительную клизму. Это вырабатывает регулярный позыв на дефекацию. Поскольку каловыделение — процесс рефлекторный, а при энкопрезе этот рефлекс нарушен, все лечебные мероприятия должны быть направлены на его восстановление или формирование.

Если у больного имеется акцентуация характера по истероидному типу, наиболее адекватной является суггестивная психотерапия, завершающаяся императивным внушением. Суггестию можно проводить как в бодрствующем, так и в гипнотическом состоянии. Суггестия в бодрствующем состоянии может завершаться примерно следующим императивным требованием опорожнить кишечник: «Сейчас я закончу сеанс лечебного внушения. Твой кишечник будет работать великолепно, ты не будешь о нем думать. В настоящий момент ты чувствуешь, что тебе хочется опорожнить его. Это ощущение постепенно овладевает тобой. Сейчас ты откроешь глаза и пойдешь в туалет. Все будет хорошо... Открой глаза, встань и иди».

В настоящее время данный метод лечения используется крайне редко, так как введение в задний проход дренажной трубки (или клизмы) вызывает неприятные ощущения у ребенка и часто является причиной его невротизации [Шанько Г. Г. и др., 2007].

*Комплексный метод, применяемый нами (описан выше), в полной мере используется и в лечении детей с энкопрезом. Несмотря на то что КЭЭГ детей с энкопрезом не выявляет таких же четких межструктурных нарушений, как при энурезе и других пограничных расстройствах (см. главу 1), резидуально-органические нарушения головного мозга у таких детей выявляются в 65 % случаев* (данные ЭЭГ-обследования 103 детей с энкопрезом в возрасте от 3 до 11 лет, полученные автором этой книги в 1987—1995 годах) [Фесенко Ю. А., 1995].

Поэтому и в комплексном лечении детей с энкопрезом основной акцент делается на средства нейрометаболического ряда (ноотропы и препараты с ноотропным действием), о которых я уже рассказывал. Надо заметить, что помимо *пантогама* в терапии энуреза приоритет должен отдаваться препаратам с транквилизирующим действием. И в этой связи незаменимое медикаментозное средство — *фенибут*, не являющееся препаратом выбора при энурезе. Фенибут часто ошибочно причисляют к транквилизаторам. Однако это все же препарат с ноотропным действием (ГАМКэргический) и уже во вторую очередь — с транквилизирующим. И это очень хорошо! Нет привыкания к препарату, которого так все боятся (к сожалению, оно есть при применении истинных транквилизаторов), есть действие ноотропа («питающее

мозг» — дословно) и есть очень важный компонент — социализирующее действие фенибута (облегчает контакты ребенка со сверстниками и взрослыми, снижает тревогу, уменьшает страхи). При энкопрезе особое значение также приобретают общеукрепляющие средства и адаптогены, учитывая тот факт, что в анамнезе таких детей практически всегда прослеживаются признаки перенесенной невропатии, о которой я тоже уже рассказывал.

Н. К. Асанова рассматривает случай психотерапевтического лечения энкопреза, который развился у пятилетнего мальчика вследствие ранней детской психотравматизации на фоне патогенной семейной ситуации. Мне кажется, что описание этого случая вполне отображает один из наиболее часто встречающихся подходов в психотерапии этого страдания — психоаналитического. Поэтому приведу его достаточно полно.

---

*В психологическую консультацию обратилась молодая женщина, мать двоих детей, по поводу изменений в поведении сына. В школе — тихий и спокойный ученик, дома — упрямый с агрессивными всплесками ребенок, от которых больше всего страдала младшая дочь. Параллельно была заявлена проблема энкопреза у сына, а также несостоятельность попыток самой матери установить прочные брачные отношения. После проведения первичного интервью было предложено прохождение семейной психотерапии, специального терапевтического курса для мальчика и поведенческой терапии для сиблингов.*

*Следует отметить важное значение тщательного анализа заболевания и выводов медицинского обследования для установления факта психогенной обусловленности такого расстройства, как энкопрез. Согласно DSM-III, энкопрез определяется как непроизвольное выделение кала в неприспособленном для этого месте (белье, пол). Расстройство может развиваться как вторичное недержание в результате функциональной задержки кала. Расстройство диагностируется, если имеет место один случай на месяц на протяжении минимум шести месяцев. Хронологический и психологический возраст заболевшего должен быть не меньше четырех лет.*

*В диагностике данного заболевания важно выяснить, связано ли это нарушение с аномалией деятельности кишечника или является результатом психического напряжения, что чаще всего происходит вследствие переживания ребенком раздора в родительской семье. Психологическое объяснение этиологии данного заболевания приемлемо в том случае, когда утрачивается уже сформированная функция контроля за стулом вследствие психогенных факторов, которые провоцируют возникновение интенсивного чувства тревоги. Если чувство тревоги вплетается в процесс научения культурно-гигиеническим навыкам, то функция контроля за испражнениями у ребенка будет недоразвита. Это означает, что он может испражняться непроизвольно в момент возникновения потребности в дефекации, а также в случаях переживания определенных эмоциональных состояний. Поэтому оценка состояния ребенка при данном расстройстве включает в себя полное соматическое обследование (в том числе ректальное), тщательную регистрацию частоты энкопреза, а также обстоятельств, в которых он проявился.*

*Мама пациента рассказала, что это ее первый ребенок от первого брака. При вступлении в брак ей было 19 лет, а отцу — 21 год. В браке родилось двое детей (сестра на два года младше мальчика). Отец поначалу активно уча-*



ствовал в уходе за ребенком, но постепенно, особенно по вечерам, начал отдавать предпочтение шумным компаниям друзей, что приводило к крупным «разборкам» супружеских отношений. Через два года семейной жизни, по инициативе матери мальчика, супруги развелись. Отношение детей с отцом мать сохранила: они иногда звонят друг другу, один раз в год дети ездят к отцу в гости. После развода с мужем мать мальчика вернулась с детьми в семью своих родителей. Когда мальчику исполнилось три года, его мать снова вступила в гражданский брак. Отчим стал для мальчика «добрым волшебником». В семье воцарились теплые, дружеские отношения. Но, спустя два года, неожиданно отчим оставляет семью, за что мать объявляет его предателем. Эти обстоятельства вызвали бурную эмоциональную реакцию у пятилетнего ребенка. С этого времени сын превращается в упрямого, строптивого с внезапными агрессивными вспышками ребенка, у которого вскоре появляются симптомы энкопреза. На протяжении четырех лет он проходил всевозможные обследования и лечение у различных врачей, но улучшение не наступало. Каловые выделения появлялись произвольно, небольшими порциями, периодически, когда мальчик становился свидетелем бурных эмоциональных реакций матери в семейных или социальных конфликтах. На момент проведения первой встречи с психологом семья состояла из пяти человек: мать, ее отец, второй отчим, с которым мать состоит в гражданском браке, младшая дочь и старший сын, страдающий энкопрезом.

Ребенок родился при патологическом течении родовой деятельности (ручное вмешательство). Во время беременности у матери наблюдался токсикоз и угроза выкидыша, что, с точки зрения психоанализа, может говорить о нежелании женщины стать матерью и отрицании своего ребенка, о неприятии его еще во внутриутробном периоде. Подтверждают это предположение и другие факты: прекращение кормления грудью через два месяца после рождения, наличие экссудативного диатеза у ребенка. «Горшочный тренинг» мать начала практиковать рано: с четырех месяцев. В шесть месяцев она избивала сына за то, что он, после безрезультатного высаживания на горшок, испачкал испражнениями кровать. Превалирующей тенденцией в атмосфере дома с раннего детства и до недавнего времени являлось содержание ребенка в идеальной чистоте. Такое раннее и жесткое воспитание опрятности является, по мнению А. Фрейд, главной причиной формирования анального характера и предпосылкой развития в последующие годы энуреза и энкопреза.

Мать воспитывает детей в атмосфере гиперопеки и любви и видит свой материнский долг в том, чтобы дети были аккуратны, чисто одеты и сыты. Дети чувствуют сильную материнскую любовь, которая их защищает, и отвечают ей взаимностью, прощая ей эмоциональные срывы из-за «несостоятельности и безответственности» мужчин.

Манифестация болезни мальчика совпала с разрывом общения с отчимом, с которым сложились близкие отношения. Расстройство появилось в пять лет, т. е. в период становления полоролевой идентичности, когда происходит поиск и выбор объекта идентификации. Все вышеизложенное указывает на психогенную этиологию заболевания, которое возникло в результате перенесенных стрессов в сензитивный для половой идентификации период психосексуального развития на фоне конфликтных семейных отношений, истоки которых можно проследить по генограмме на протяжении трех поколений. Развитие детского невроза могли спровоцировать следующие психогенные факторы:

- бабушка воспитывала дочь (мать мальчика) в атмосфере гиперконтроля, навязывала свою волю и способ мышления;



- как бабушка, так и мать безраздельно доминировали в семье, уменьшая тем самым воспитательную функцию мужчины — отца; женский авторитет доминирует как в супружеских отношениях, так и в воспитании детей;
- из-за развода родителей мать не имела опыта партнерских отношений с супругом как равным в организации семейной жизни;
- неосознанно пытаясь восстановить дефицит родительской любви, мать мальчика завышала уровень эмоциональных притязаний к брачным партнерам; эти неадекватные ролевые ожидания вступали в противоречие с реальным конфликтным развитием семейных отношений, что порождало разочарование и семейные кризисы, проявившиеся в несостоятельности всех имеющихся брачных контактов;
- предрасположенность к психосоматическим реакциям на стрессогенные факторы (мать мальчика болела нейродермитом), гипертрофированность чувства долга, принципиальности и недопустимости компромиссов выразились в obsessивном стремлении к наилучшей реализации функции семьи: идеальной чистоты дома, образа идеальной матери, идеального сына и т. п.

Анализ собранных данных дает нам возможность рассматривать наблюдаемое расстройство с двух точек зрения: 1) как заболевание, которое развилось у мальчика и требует индивидуально направленного психотерапевтического лечения; 2) как симптомокомплекс, который сигнализирует о дисфункционировании семьи.

С психоаналитической точки зрения соматическое заболевание мальчика свидетельствует о развитии невротического конфликта, обусловленного непрохождением стадии сепарации-индивидуации, что, в свою очередь, связано с несформированностью доверия к миру, невозможностью отделения от матери и идентифицирования с отцом. Застывание на анальной стадии развития привело к развитию тревоги у ребенка, страха потери объекта (матери) и страха потери ее любви, страха кастрации (вследствие незавершенности эдипальной стадии развития). Энкопрез, как недопущение взросления, позволял сохранять диадные отношения сына с матерью, а также подпитывало представление матери о своей идеальной материнской роли. Данная позиция усилилась крахом третьей попытки матери создания брачных отношений.

С точки зрения теории систем [Черников А. В., 1997] симптом энкопреза несет как сигнальный характер (возникновение трудностей на пути развития мужской идентификации сына), так и закодированный сигнал (протест сына, который он не может выразить открыто против всемогущей матери). Симптомокомплекс энкопреза прочно встроен в дисгармоническую систему как «семейный секрет». Диадные отношения «мать — сын» носят взаимоотнолементарный характер: чем сильнее проблемы у сына, тем больше внимания к нему матери. При этом ослабевают отношения в другой конкурирующей диаде «мать — дочь». Симптом обеспечивает удержание внимания матери к сыну и разрешения конкурирующих с сестрой отношений в пользу мальчика. Невротический симптом направлен на сохранение гомеостазиса существующей семейной системы и не способствует ее изменению. Поэтому лечение энкопреза, по нашему мнению, без изменения семейной системы будет неэффективным или будет иметь кратковременный эффект.

Психотерапевтическое лечение проходило на протяжении 9 месяцев с частотой встреч 1—2 раза на неделю. Программа психотерапевтической работы включала занятия символдрамой с мальчиком и ряд совместных занятий с матерью и сыном, а также игровую и поведенческую терапию как инди-

видуальную, так и в сиблинговой паре. Кратковременный эффект в лечении энкопреза был достигнут после двухмесячной работы.

Рассмотрим особенности прохождения процедуры психотерапии. Результаты тестирования (тест «Цветок») показали способность ребенка к созданию полноценных кататимных образов. Прохождение первых мотивов («Луг», «Ручей», «Гора») подтвердило наличие симбиотической зависимости мальчика от матери (образы пасущихся на лугу коз, коров, плодового дерева, на котором удобно сидеть и вкушать сладости его плодов). Во всех пяти первых сеансах присутствовала мать — ей предоставлялось самое лучшее место на лугу (стелилась подстилка, и мальчик ей приносил самые лучшие цветы). Все вышеуказанное говорит об идеализации образа матери как необходимой защиты от ее же всемогущества. С одной стороны, желание ребенка соответствовать ее требованиям, с другой — отсутствие реальных его возможностей. Эти желания были зафиксированы в мотиве «Слон», где слоненок (сын) спасает слониху (свою мать) от жестоких дрессировщиков. На наличие базового невротического конфликта указывает и отказ мальчика в процессе сеанса представить себя на десять лет старше, ибо эта идея таила опасность разрыва симбиоза с матерью.

Защитные реакции ребенка проявлялись в его четкой последовательности проживания каждого дня, определенной стереотипности действий, что отслеживалось в сеансах («погулял», «поел», «поспал»), а также в рисунках.

Первые рисунки характеризовались однотипностью. Лист вертикально делился ручьем на две части: справа — материнское дерево (слива), слева — отцовское (груша). Разделенность этих деревьев указывает как на реальную ситуацию в семье, так и на трудности половой идентификации. Темы отца и отчима для ребенка оставались закрытыми на протяжении долгого времени. Они сливались в один идеализированный образ. Лишь по прошествии ряда сеансов произошло их разделение. Отчим выступил как реальное «Значимое лицо», а отец был таковым лишь в мотивах «Мяч» и «Поездка на автомобиле». После проведения этих сеансов стал возможен целевой сеанс «поход на гору Эверест». В конце сеанса мальчик с удивлением отметил саму возможность подъема на такую высокую гору, ибо до этого представившаяся ему гора напоминала лишь небольшой холмик на лугу, что еще раз указывало на наличие многообразной невротической проблематики: заниженной самооценки, пассивности, трудности половой идентичности, скрытого соперничества, наличие моментов идеализации и т. п. Незавершенность прохождения стадии сепарации-индивидуации проявляется в наличии во всех первых сеансах переходных объектов — «бабушкиных блинов», а также «друзей». На нарушение ранних отношений «мать — дитя» указывали отказ испить воды и соприкоснуться босыми ногами с землей. При всей полноводности и чистоте ручья, как энергии жизни, вода в нем оказалась для мальчика соленой и непригодной для питья, а земля — грязной.

Отвращение к грязи, любовь к порядку, аккуратность — это, по мнению А. Фрейда, реактивные образования анального характера, которые связаны с жестким воспитанием опрятности, когда мать противодействует получению удовольствия от взаимодействия со своими выделениями.

Целью психотерапии на первых сеансах было осознание своего состояния и символическое его выражение, что было неприемлемо в родительской семье. Удовлетворение архаических потребностей стало постепенно способствовать раскрепощению ребенка, более свободному его волеизъявлению. Рисунки утрати-

ли свою однотипность, персонажи размещались по всему листу в свободной последовательности, вода утратила свой соленый вкус, и мальчик смог ее не только пить, но и заходить в ручей босиком, купаться в нем. Как в беседе, так и в процессе сеансов ребенком по-прежнему не допускалось проявление эмоций, в том числе и агрессивных: любимыми мультфильмы оставались у него только добрые, маме, как и прежде, дарились цветы, игры были возможны только тихие.

Работа с мальчиком изменила отношение матери к психотерапии, и на проведенных двух индивидуальных сеансах с матерью была проанализирована семейная ситуация развития ее обоих детей, роль в ней «семейного секрета», отношения к чистоте, право детей на свою территорию в доме, а также важность для сына роли отчима и снятия табу на его имя.

Изменившееся настроение в семье дало возможность перейти к проработке базового конфликта, который по-прежнему маскировался идеализированными образами, продолжал быть неосознанным. Так мальчик сам спонтанно вышел на представление таких мотивов символдрамы, как: «Игры, в которых очень важно громко заявить о себе», «Прогулка босиком», «Катание в Африке с горки». Ребенку было предложено также поработать с мотивами символдрамы, направленными на конфронтацию: «Лев», «На планете гуманоидов, которые злы и не умеют улыбаться», «Глаза зверей зоопарка». Параллельно с сеансами символдрамы проводилась поведенческая и игровая терапия с сиблингами, направленная на осознание, выражение и фиксацию их эмоций (игры: «Бой петухов», подушечные сражения, ведение журнала злости, улыбок, дразнилок и т. п.).

Спустя два месяца проведения психотерапии симптомы энкопреза прекратились. Этому предшествовало домашнее задание сделать ворота к замку, которые бы открывались и закрывались по желанию хозяина. На протяжении нескольких сеансов мальчик уточнял задание: из какого материала нужно их создать, как сделать петли и т. п. Наконец ворота были сделаны мальчиком и помещены в необходимое место в замке вначале на рисунке, а потом и в образе в процессе одноименного сеанса символдрамы.

Как указывалось ранее, симптом энкопреза нес гомеостатическую функцию в семье. Вся семья изначально не была включена в терапию по причине негативного предыдущего опыта у матери прохождения совместного лечения. Неготовность матери к изменению ее идеализированного родительского образа способствовала возникновению у нее ощущения угрозы удаления сына и ненужности ее опеки. Через две недели после исчезновения симптомов энкопреза мать мальчика продемонстрировала вновь острую аффективную реакцию без видимого на то повода. Расстройство выделительной функции у сына вновь появилось и восстановило привычное место в семейной системе...

Все вышесказанное подчеркивает важность рассмотрения психотерапевтического лечения в ракурсе семьи как системы отношений. Именно сочетание двух подходов: психоаналитического (в данном случае через метод символдрамы) и системного дает положительный эффект.

В настоящее время ребенок учится в 6-м классе. После продолжения курса психотерапии энкопрез прекратился, но семья время от времени приходит на консультативные встречи с психологом [Асанова Н. К., 1997].

---

Кроме описанных выше психотерапевтических приемов, используемых в комплексном лечении энуреза, энкопреза и других погранич-



ных состояний, существует и особый подход в психотерапии энкопреза, который применяем мы и о котором кратко я хочу рассказать. В уникальной книге В. И. Гарбузова «Неврозы у детей и их лечение» [Гарбузов В. И., Исаев Д. Н., Захаров А. И., 1977] лечение энкопреза признается трудной задачей, требующей учета следующих факторов: «В большинстве случаев энкопрез начинается у мальчиков в 4—8 лет и сочетается с первичным недержанием мочи или сменяет его. Спонтанное или терапевтически обусловленное уменьшение энуреза сопровождается утяжелением энкопреза, и наоборот... При энкопрезе наблюдается более выраженный уровень патологии в семье, чем при энурезе. Семьи больных с энкопрезом почти всегда конфликтные, отцы часто злоупотребляют алкоголем. Нередко у них отмечается функциональная слабость анального сфинктера (“нечистоплотность”). В раннем анамнезе детей типичны материнская депривация, невропатия со сниженным аппетитом и склонностью к запорам, глистная инвазия, заболевания желудочно-кишечного тракта... Ректороманоскопия показывает отсутствие органических изменений. Обращает внимание неадаптированность больных в детских учреждениях и в школе, а также частые конфликты с братьями и сестрами» [Гарбузов В. И. и др., 1977, с. 262].

Психотерапия при лечении больных с энкопрезом, таким образом, проводится на фоне мер, предусмотренных нашим комплексным способом коррекции. Прежде всего после всестороннего обследования ребенка, в котором особое место занимает ЭЭГ-исследование, усилия врача направляются на улучшение соматического состояния больного. Проводится общеукрепляющее лечение и коррекция нарушений в работе головного мозга, выявленных по результатам электроэнцефалографического и психологического обследований. В отличие от энуреза, гипнотерапия энкопреза в качестве основного вида психотерапевтического лечения недостаточно эффективна. Поэтому наряду с семейной и индивидуальной патогенетической психотерапией, предпочтение отдается игровой (индивидуальной и групповой) психотерапии, в рамках которой больному ребенку предоставляется возможность разыгрывать ситуации напряжения, переживаемые им. Некоторые игры строятся в регрессивном плане: используются занятия, пособия и игрушки для первых лет жизни. Акцент в играх делается на проигрывание тем, связанных с приемом пищи и регулярным посещением туалета. Во время игрового сеанса пациент овладевает элементарными навыками самоконтроля. К примеру, он, как и кукольный персонаж разыгрываемой сказочной сценки, несколько раз в день посещает туалет, пытается слегка сдерживать позыв на дефекацию, время от времени проверяет нижнее белье на чистоту. По мере овладения этими навыками, а также изменения отношения к ребенку со стороны родителей, к терапии подключаются внушение наяву и косвенное внушение, которые направлены на реализацию позыва при посещении туалета. Основные составляющие таких внушений описаны мной для ребенка с энурезом (см. выше), различия лишь в формуле основного «посыла»



(упор — на уверенность в себе, в своих силах) и в «установочной фразе» («трусики всегда чистые; можешь терпеть и всегда успеваешь в туалет; ты всегда чувствуешь, что хочешь в туалет»), а также в усилении роли значимых для ребенка близких (мать, отец (отчим), братья, сестры), при проведении косвенного внушения.

## Глава 6

# КОРРЕКЦИЯ ЭНУРЕЗА И ЭНКОПРЕЗА МЕТОДОМ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

Энурез и энкопрез, как я надеюсь, стало понятным из всего выше сказанного, являются сложной патологией, находящейся именно на границе здоровья и болезни, и требуют многопланового подхода к диагностике и лечению. Поэтому я решил и в этой книге дать краткий материал по «традиционному» подходу к решению данной проблемы (восточная медицина считает свои методы традиционными, а все прочее, появившиеся позже, нетрадиционными; в западной медицине, в том числе и в отечественной — все наоборот!).

В истории развития человеческой мысли наиболее плодотворные ее периоды зарождались на пересечении двух несхожих идей. Реальная их встреча и поддержание отношений, достаточных для существенного взаимодействия, дают новое, интересное их развитие. Сопоставление акупунктуры (иглотерапии), одного из видов древней медицины, и современной западной психологии и психопатологии может показаться неправомерным. Однако, изучая теорию акупунктуры, можно заметить, что это не что иное, как первая модель психосоматики, глубоко разработанная и изученная. Акупунктура дает описание видов телосложения и темпераментов аналогично психосоматическим моделям античных медиков (Гиппократ, Гален) и ей не чужды воззрения основоположников современной психологии и психоанализа (З. Фрейда, К. Юнга, А. Адлера). Оптимальным вариантом, по нашему мнению, должно стать разумное сочетание теорий древней китайской медицины и современных этиопатогенетических концепций западно-европейской медицины.

В 1990 году я впервые прикоснулся к удивительному миру восточной медицины, пройдя первое усовершенствование по рефлексотерапии в Ленинградском ГИДУВе (Государственный институт дальнейшего усовершенствования врачей), ныне — СПб МАПО (Медицинская академия последипломного образования), где моими первыми учителями в этой области стали Александр Трофимович Качан, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой рефлексотерапии, и Валерия Соломоновна Гороховская, доцент кафедры, к.м.н. Именно с их помощью я почувствовал, что лечение моих маленьких пациентов будет гораздо эффективнее, если к традиционным методам терапии присоединить нетрадиционные

(тогда таковой я считал восточную медицину). Надо учитывать, что рефлексотерапия детей отличается от таковой у взрослых: и по методикам (об этом скажу ниже), и по физиологическим механизмам воздействия, и конечно же по восприятию («Колоть иглой — это же больно! Он (она) не даст Вам этого сделать!», — нередко слышал я от мам пациентов). Тем не менее если мы все же «договаривались» с ребенком, то курс лечения проходил успешно, а психотерапевтический компонент такого воздействия, которое представляет собой целое «действие», «ритуал», очень трудно переоценить. Одна гордость маленького пациента собой чего стоит! («Я не боюсь уколов, я — взрослый, я — смелый и сильный!»)

В китайской акупунктуре особое значение имеет концепция системы «каналов» («меридианов»). А. Т. Качан с соавторами пишет: «Вопросы, связанные с системой “каналов”, описанной в основополагающем каноне по иглотерапии “Хуанди Нэйцзин”, весьма оживленно обсуждаются специалистами по акупунктуре всего мира. На сегодняшний день мнения ученых разделились — от полного отрицания рассматриваемой концепции традиционной китайской медицины до слепого следования ей. При этом противники акупунктурной системы “каналов”, к сожалению, не предлагают альтернативы в виде новой конкретной системы, которой мог бы воспользоваться специалист по иглотерапии. Для практической же деятельности врача-акупунктуриста представления о “каналах” являются руководством к действию, позволяющим более целенаправленно и дифференцированно лечить пациентов» [Качан А. Т., Гороховская В. С. и др., 1990].

Поскольку иероглиф ЦЗИН переводится с китайского как основной поток, канал, русло, магистральный путь, авторы призывают использовать только термин «канал», под которым в китайской традиционной медицине подразумевается *система канала*. Отдельные каналы, находясь в тесной взаимосвязи, образуют в целом *систему каналов*. Благодаря созданию подобной концепции в китайской традиционной медицине было сформулировано представление о системе регуляции жизнедеятельности организма человека (микрокосме) и взаимоотношений его с окружающей средой (макрокосмом), а также о схеме влияния на процессы такого взаимодействия, в частности, используя точки акупунктуры.

А. Т. Качан с соавторами поясняет: «В функциональную систему (канал) включаются не только сам внутренний орган, по названию которого назван канал, и его функции, но самый сложный симптомокомплекс. Сюда, в частности, входят, во-первых, психоэмоциональная сфера пациента (его психический статус), причем рассматривается она как фактор риска, предрасположенности к определенной патологии; во-вторых, возможные психотравмирующие моменты, способствующие развитию определенной патологии (психоэмоциональные нагрузки); в-третьих, особенности психоэмоциональной сферы пациента, связанные с уже имеющимся заболеванием какого-либо внутреннего органа;

в-четвертых, патологические неврологические расстройства при висцеральной патологии. В связи с этим в китайской медицине при описании канала дается характеристика эмоций, которые отражают состояние данной системы или оказывают на нее определенное влияние.

Резюмируя сказанное, с определенной долей вероятности можно заключить, что в медицине Древнего Китая уже имелись отчетливые представления о тех понятиях, которые в современной медицине именуются психосоматикой и соматоневрологией» [Качан А. Т., Гороховская В. С. и др., 1990, с. 7].

Считается, что солнечный ритм влияет на «циркуляцию энергии» в 12 основных каналах (функциональных системах), а каждому каналу соответствуют два часа в текущих сутках («часы органов», по В. Г. Вогралику), что подробно описано в монографии А. Т. Качана «Китайская биоритмология» [Вогралик В. Г., 1959; Качан А. Т., 1991].

Эти воззрения обнаруживаются еще в китайской астрологии, где 12 знакам китайского гороскопа соответствуют 12 каналов акупунктуры. Кроме того, 12 каналов соответствуют и 12 знакам Зодиака восточной астрологии. Это отражено в таблице 2 (французская номенклатура обозначения каналов).

Таблица 2

| Канал                                  | Время максимальной активности | Знак китайского гороскопа | Знак Зодиака |
|----------------------------------------|-------------------------------|---------------------------|--------------|
| К. печени (F)                          | 1—3 часа                      | Бык                       | Рыбы         |
| К. легкого (P)                         | 3—5 часов                     | Тигр                      | Овен         |
| К. толстого кишечника (GI)             | 5—7 часов                     | Кот                       | Телец        |
| К. желудка (E)                         | 7—9 часов                     | Дракон                    | Близнецы     |
| К. селезенки/поджелудочной железы (Rp) | 9—11 часов                    | Змея                      | Рак          |
| К. сердца (C)                          | 11—13 часов                   | Лошадь                    | Лев          |
| К. тонкого кишечника (Ig)              | 13—15 часов                   | Коза                      | Дева         |
| К. мочевого пузыря (V)                 | 15—17 часов                   | Обезьяна                  | Весы         |
| К. почек (R)                           | 17—19 часов                   | Петух                     | Скорпион     |
| К. перикарда (Mc)                      | 19—21 час                     | Собака                    | Стрелец      |
| К. трех обогревателей (Tr)             | 21—23 часа                    | Кабан                     | Козерог      |
| К. желчного пузыря (Vb)                | 23—1 час                      | Крыса                     | Водолей      |

Еще при зарождении акупунктуры космические влияния планет, Солнца и Луны были сгруппированы с помощью математического расчета и сведены к влиянию пяти основных планет: Юпитера, Марса, Сатурна, Венеры и Меркурия. Последние были хорошо изучены и вошли в виде основной части хронобиологии — климатической, сезонной,



годовой, месячной, циркадной в китайскую медицину, а уже позже — в гомеопатию [Дривес Р., 1987]. Все эти сведения относятся и к общечеловеческой психологии, но часто принимаются лишь тогда, когда современные исследователи узнают о признанном авторитете древних китайских астрономов.

Мною на базе отделения по лечению неврозов Центра «Детская психиатрия» было проведено аналитическое исследование в отношении детей, проходящих лечение по поводу энуреза и энкопреза. Цель анализа состояла в том, чтобы определить степень «подверженности» заболеванию энурезом и энкопрезом детей различных месяцев и годов зачатия (разных знаков Зодиака и китайского гороскопа). Часто возникает недоуменный вопрос: как можно определить дату зачатия? Сегодня введен в практику новый термин, позволяющий на этот вопрос ответить: «постменструальный возраст» — возраст ребенка с начала последнего менструального цикла матери (эту дату женщины, как правило, помнят!).

Исследованы истории болезни 941 ребенка 1985—1996 годов рождения с энурезом и 291 ребенка этого же возраста с энкопрезом, т. е. был представлен 1 раз каждый год 12-летнего цикла. Результаты отражены в таблице 3.

Таблица 3

| Канал | Знак Зодиака | Китайский символ года | Количество детей с энурезом | Количество детей с энкопрезом |
|-------|--------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| E     | Близнецы     | Дракон                | 113                         | 27                            |
| Ig    | Дева         | Коза                  | 107                         | 37                            |
| Rp    | Рак          | Змея                  | 103                         | 23                            |
| GI    | Телец        | Кот                   | 100                         | 46                            |
| C     | Лев          | Лошадь                | 99                          | 29                            |
| V     | Весы         | Обезьяна              | 74                          | 15                            |
| P     | Овен         | Тигр                  | 64                          | 33                            |
| R     | Скорпион     | Петух                 | 63                          | 9                             |
| F     | Рыбы         | Бык                   | 61                          | 32                            |
| Mc    | Стрелец      | Собака                | 60                          | 23                            |
| Vb    | Водолей      | Крыса                 | 54                          | 9                             |
| Tr    | Козерог      | Кабан                 | 43                          | 8                             |

По принадлежности к первоэлементам больные энурезом распределились следующим образом (в порядке убывания):

- Элемент Земля (E, Rp) — 216 детей;
- Элемент Огонь (Ig, C) — 206 детей;
- Элемент Металл (GI, P) — 164 ребенка;
- Элемент Вода (V, R) — 137 детей;
- Элемент Дерево (Vb, F) — 115 детей.

На каналы перикарда и трех обогревателей, относящихся к элементу Огонь, приходится 103 ребенка, что в сумме с двумя другими каналами этого элемента составляет 309 детей.

Основным патогенетическим звеном энуреза по канонам китайской медицины является *гипофункция* каналов мочевого пузыря (V) и почек (R). Новый подход к применению методов рефлексотерапии для лечения детей, страдающих энурезом, предполагает сочетание теорий восточной и западноевропейской медицины, когда в основу терапии ставится конкретный больной с его канальными особенностями и формой заболевания. Учитывается патогенез энуреза (нарушение физиологии сна) и его механизм по канонам китайской медицины (гипофункция каналов мочевого пузыря и почек).

По принадлежности к первоэлементам больные энкопрезом распределились следующим образом (в порядке убывания):

Элемент Металл (G1, P) — 79 детей;

Элемент Огонь (I<sub>g</sub>, C) — 66 детей;

Элемент Земля (E, R<sub>p</sub>) — 50 детей;

Элемент Дерево (V<sub>b</sub>, F) — 41 ребенок;

Элемент Вода (V, R) — 24 ребенка.

На каналы перикарда (MC) и трех обогревателей (TR), относящихся к элементу Огонь, приходится 31 ребенок, что в сумме с двумя другими каналами этого элемента составляет 97 детей.

Основным патогенетическим звеном энкопреза по канонам китайской медицины является *гипофункция* (снижение активности) элемента Металл (каналы толстого кишечника (G1) и легких (P)). Новый подход к применению методов рефлексотерапии для лечения детей, страдающих энкопрезом, также предполагает сочетание теорий восточной и западноевропейской медицины, когда в основу терапии ставится конкретный больной с его канальными особенностями и формой заболевания (см. ниже).

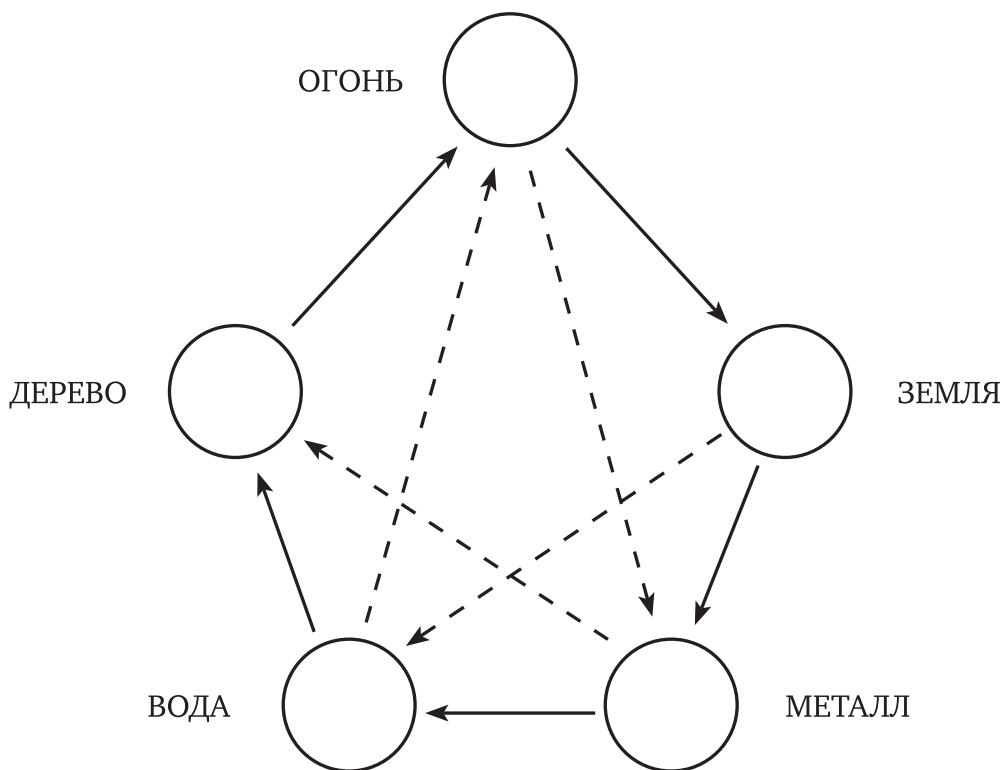
Терапия энуреза может быть успешной только тогда, когда врач примет за основу тот факт, что мочеиспускание во сне является вынужденной данью более высокой цели — защите развивающегося организма от повреждения регуляции жизненно важного биоритма сон-бодрствование, о чем было подробно сказано выше. В связи с этим необходимо отметить, что чрезмерное «терапевтическое рвение» часто так же вредно, как и неадекватное воздействие.

История лечения энуреза знает столько brutальных способов терапии, сколько, пожалуй, не знает ни одно другое страдание, о чем я уже говорил, но повторюсь для усиления эффекта восприятия: сон с узлом на спине, поедание перед сном умопомрачительных количеств соли, введение в прямую кишку резинового баллона на всю ночь, опускание пациента в ледяную воду, подвешивание его вниз головой, интенсивная рентгенотерапия области гипофиза и пояснично-крестцового отдела, сфинктеропластика, ламинэктомия, хирургическая перевязка подчревного нерва, эпидуральное введение кокаина, дача горечи после

каждого «обмачивания» с насильственным пробуждением, наказания в виде избиения, оставления зловонного белья, удары разрядами тока при появлении первых капель мочи во время сна, бесконечные инъекции, большие дозы снотворных, гормонов и т. д.

Учитывая данные проведенного анализа (см. таблицу 2), я, основываясь на концепции *у-син*, предлагаю свой оригинальный подход к лечению энуреза и энкопреза методом рефлексотерапии в рамках комплексной терапии.

Учение *у-син* (пяти первоэлементов) основывается на главном практическом выводе: признание неразрывной связи всех пяти первоэлементов (Дерево, Огонь, Земля, Металл, Вода), когда каждый из них связан с другими посредством продуктивных (созидающих, усиливающих) и разрушающих (деструктивных, угнетающих) процессов по типу «друг-враг» [Лувсан Г., 1986; Табеева Д. М., 1994; Брагинский Г. М., Качан А. Т., Фесенко Ю. А., 2001]. Поскольку каждый из первоэлементов связан с четырьмя остальными первоэлементами продуктивными и деструктивными влияниями, то каждый из этих процессов зависим и связан с другими процессами, находится под их влиянием. Взаимосвязи органов человека (каналов и первоэлементов), в рамках концепции *у-син*, представлены на рис. 4.



**Рис. 4. Схема взаимодействия «пяти первоэлементов»:**  
сплошные жирные линии по периметру фигуры — созидательные связи (последовательная стимуляция), пунктирные линии внутри фигуры — разрушающие (угнетающие) связи. Стрелки указывают на направление их действия

При рассмотрении закономерностей связи органов в рамках цикла *у-син* уже можно отметить некоторую их правомочность с позиций

современной физиологии. Например, цепочка сердце—легкие—печень—селезенка: постоянная работа сердца требует энергии, которая в виде кислорода поступает из легких, легкие поглощают энергию в виде сахаров из печени, при необходимости в печень нагнетается дополнительное количество крови, депо которой является селезенка.

Современная физиология такой тип взаимодействия и взаимосвязей внутренних органов относит к системному подходу, при котором изучение жизнедеятельности организма человека производится в целом, а не отдельных его структур, функционирующих независимо друг от друга (психосоматическая модель китайской медицины — понятие гомеостаза в западноевропейской медицине). С этих позиций концепция у-син представляет собой сложную динамическую модель взаимодействия организма человека с окружающей средой. В настоящее время концепция у-син включается в концепцию инь-ян: первоэлементы металл и вода относят к инь, дерево и огонь — к ян, первоэлемент земля образует как бы поворотный пункт между инь и ян.

Исходя из всего вышесказанного, очевидно, что при лечении энуреза наиболее значимыми являются воздействия по разрушающим (деструктивным) связям в цикле у-син, так как этому заболеванию в большей степени подвержены дети элементов Огня и Земля (таблица 2 и рисунок).

Для наглядности возьмем пример: ребенок 11 лет с датой зачатия 12.07.1990 года (Рак/Лошадь; каналы Рр/С; первоэлементы Земля/Огонь), у которого диагностирована простая форма энуреза. Первоэлемент Земля оказывает деструктивное влияние на первоэлемент Вода, а тот, в свою очередь, такое же воздействие на первоэлемент Огонь. Первоэлемент Вода находится при энурезе в гипофункции, что является отправной точкой при составлении рецептуры воздействия. В нашем случае рецепт будет включать в себя:

- воздействие *тормозным* (или *переходным*) методом на точки акупунктуры каналов Рр и Е (первоэлемент Земля);
- воздействие *тормозным* методом на точки акупунктуры каналов С и Ig (первоэлемент Огонь);
- воздействие *возбуждающим* методом на акупунктурные точки каналов Р и GI (первоэлемент Металл);
- воздействие *возбуждающим* методом на точки акупунктуры каналов V и R (первоэлемент Вода);
- дополнительно: *возбуждающий* (переходный) метод при воздействии на точки, использующиеся при нарушениях сна, — точки средней линии головы и заднесрединного канала; на точки локально-сегментарного действия (VG 2, 3, VC 2, 3, 4, 6, V 28, 31, 32); на точку RP 6, использующуюся при любой патологии органов малого таза и у детей для ускорения процессов «созревания» организма.

Если говорить о лечении энуреза, основываясь на диагностике его по формам (см. выше), то мы предлагаем поставить во главу угла следующие принципы:



- Основными должны быть средства и методы, регулирующие и способствующие восстановлению нормального сна.
- Лечение должно быть строго дифференцированным в зависимости от формы ночного энуреза.
- Необходимо разумное сочетание современных фармакологических средств, психотерапии и методов рефлексотерапии, с учетом возраста ребенка и фазы течения заболевания.
- Независимо от формы энуреза базироваться в терапии на особенностях пациента (его «канальном профиле», о чем говорилось ранее).

При *простой* форме энуреза, где суть нарушений состоит в наследственной отягощенности и дефиците парадоксального сна, большое значение приобретают воспитательно-гигиенические мероприятия (зарядка перед сном, твердый матрац на кровати, стимуляция желания «встать утром сухим», отказ от насильственного пробуждения, поворачивание (вместо побудок!) ребенка во сне, что облегчает переход стадий сна в парадоксальную фазу. Весьма эффективны психотерапевтические методы: прямая суггестия (внушение), аутосуггестия, гипно-суггестивная психотерапия, материнская суггестия (проговаривание матерью формулы лечебного воздействия в период перед обычным для ребенка временем мочеиспускания). Из фармакопрепаратов мы можем рекомендовать различные адаптогены (настойки женьшеня, элеутерококка, заманихи, лимонника в дозе 1 капля/год жизни ребенка; микродозы дибазола; апилак), препараты ноотропного ряда (пикамилон, глицин, лецитин, цитамин).

В иглорефлексотерапии немалое значение имеет наследственный фактор, требующий *возбуждающего* воздействия на точки канала почек (R), так как именно он «отвечает» за наследование. Используются *возбуждающие* методики, причем не только акупунктуры, но (что важно при энурезе!) и прижигания, точечного массажа.

Ведущая роль в лечении *невротической* формы энуреза принадлежит психотерапии (терапии невроза и, уже как симптома, — энуреза): различные виды внушения, семейная, групповая психотерапия, гипно-суггестия. Однако в литературе можно обнаружить огромное количество рецептов акупунктуры для лечения невротических расстройств. Мы можем сказать, что при выделяемых нами *астено-невротической* и *истерической* формах целесообразно использование точек широкого спектра действия (*тормозной* или *переходный* методы), точек заднесрединного канала и «воротниковой» зоны. При астено-невротическом расстройстве — воздействовать на точки общеукрепляющего действия вторым *возбуждающим* методом, а также на точки, относящиеся к янским каналам; при истерии — на точки акупунктуры, относящиеся к иньским каналам (особенно на точки канала почек (R), но — *переходным* методом).

В терапии *неврозоподобной* формы особое значение приобретает коррекция резидуально-органической недостаточности головного мозга. Активно используются препараты ноотропного действия, где

ведущее место занимает пантогам (аналог ГАМК, проникающий через гематоэнцефалический барьер и имеющий хорошо выраженную противосудорожную активность). Широко прописываются аминокислотные и фосфолипидные препараты: цитамин (ренисамин, кортексин, церебрамин, гепатамин), глицин, милайф, лецитин. Из психотерапевтических методик хорошо зарекомендовали себя внушение наяву, групповая игровая психотерапия и косвенная суггестия. При проведении акупунктуры значительный эффект получен от воздействия на точки широкого спектра вторым вариантом тормозного метода и переходным методом на периферические центры. Обязательной является акупунктура точек, использующихся при резидуально-органических поражениях головного мозга (точки всех трех линий головы, заднесрединного канала, «воротниковой» зоны), причем *тормозным* методом.

Принцип лечения *невропатической* формы схож с таковым при неврозоподобной, но с одной поправкой — широко применяются общеукрепляющие методики и воздействие *возбуждающим* методом на точки каналов почек, мочевого пузыря и селезенки/ поджелудочной железы. Кроме того, применяются седативные препараты в дневное время. Особое внимание уделяется здесь профилактике простудных заболеваний.

При *эндокринопатической* и *эпилептической* формах первоочередное значение имеет терапия основного заболевания (наблюдение пациента эндокринологом, психиатром, неврологом). Тем не менее нельзя принизить роль и психотерапии, и акупунктуры (*тормозной* вариант воздействия на точки общеукрепляющего действия).

При *диспластической* форме рефлексотерапия является одним из основных методов лечения, особенно в настоящее время, когда отказались от хирургического устранения *spina bifida*. Эффективной оказалась и акупунктура, и точечный массаж, и мокса (воздействие *возбуждающим* или *переходным* методами на точки пояснично-крестцовой области и *возбуждающим* — на точки переднесрединного канала, расположенные ниже пупка).

Для лечения всех больных (независимо от формы энуреза) авторами успешно применяется «модель самовара», известная с середины прошлого тысячелетия [Упур Х., Дубровин Д. А., 1992]. На представленном ниже схематическом рисунке (рис. 5) в виде частей самовара изображены легкие, мочевой пузырь и почки.

Легкие — это емкость для воды, почки — топка с углями, мочевой пузырь (с мочеточником) — краник для наливания кипятка. При энурезе канал мочевого пузыря, как уже отмечалось выше, находится в гипофункции (в «модели самовара» он закрыт). При «кипящей воде» (гиперфункция канала легких) и «раскаленных углях в топке» (гиперфункция канала почек) «наливание кипятка из краника» невозможно, поэтому для «открывания» его (стимуляции) необходимо воздействовать *тормозным* методом на точки канала легких («заккрыть» его) и *переходным* методом (по законам акупунктуры при *гипофункции*

канала точку ло парного канала не *седатируют* (тормозят), а воздействуют на нее *переходным* методом) — на пункт ло канала почек (точку R 4 да-чжун).

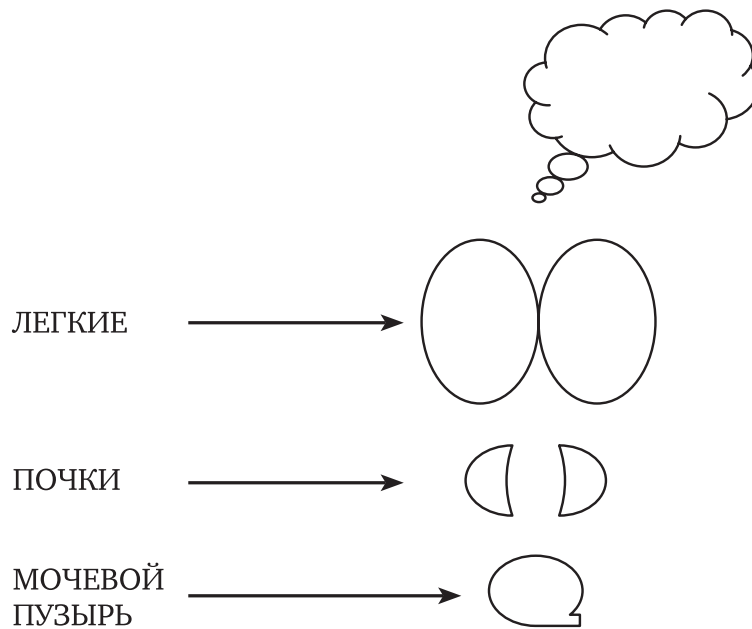


Рис. 5. «Модель самовара»

Европейские школы акупунктуры рекомендуют исходить из того, что при энурезе имеет место перевозбудимость сакральных отделов позвоночника (за счет вагусного влияния). Авторы получили неплохие результаты, особенно при закреплении эффекта лечения после основного курса рефлексотерапии, применяя воздействие *тормозным* методом на точки сакрального отдела и *возбуждающим* — на точки шу канала мочевого пузыря (поясничной отдел позвоночника), точки, расположенные на животе ниже пупка, и на внутренней стороне бедер и голени.

Учитывая данные проведенного анализа (см. табл. 3), я, основываясь на концепции у-син, предлагают свой оригинальный подход к комплексной терапии энкопреза. Если говорить образно (что всегда было присуще восточной медицине), Земля «рождает» Металл (усиливает, стимулирует, «кормит»), Огонь «плавит» Металл (тормозит, разрушает), а сам Металл «рубит» (разрушает, тормозит) Дерево. То есть в рецептуре для «усиления» Металла (вспомним, он в гипофункции) необходимо использовать *возбуждающий* метод на точки каналов толстого кишечника и легких, желудка и селезенки/поджелудочной железы, а *тормозной* (седативный) на точки каналов сердца, тонкого кишечника, перикарда и трех обогревателей (как и при неврозах, что подтверждает нашу теорию «фигового листа»). Исходя из всего выше сказанного, очевидно, что при лечении энкопреза значимыми являются воздействия по разрушающим (деструктивным) и созидующим связям в цикле у-син, так как этому заболеванию в большей степени подвержены дети элементов Огня, Металла и, в меньшей степени — Земли (табл. 3 и рис. 4).

Приведу пример и для ребенка с энкопрезом. Ребенок с энкопрезом, 8 лет. Дата зачатия 18 апреля 1987 года (Овен/Кот; каналы Р/GI; первоэлементы Легкие/Толстый кишечник), у которого диагностирован вторичный энкопрез. Первоэлемент *Металл*, к которому относятся и канал *Легких*, и канал *Толстого кишечника* (наш пациент) находится в гипофункции. Первоэлемент *Огонь* оказывает деструктивное влияние на первоэлемент *Металл* (и без того ослабленный!), а тот, в свою очередь, такое же воздействие на первоэлемент *Дерево* («тратит невеликие свои силы на рубку») — по разрушающим связям. Кроме этого, первоэлемент *Металл* «питается» от первоэлемента *Земля* и сам «питает» первоэлемент *Вода* (по созидającym связям). Таким образом, в нашем случае рецепт будет включать в себя (в скобках указаны точки укалывания, наиболее рекомендуемые при лечении энкопреза):

- воздействие *возбуждающим* методом на акупунктурные точки каналов Р (Р 7) и GI (GI 4, 10, 11, 15) (первоэлемент Металл) — «увеличить его силы»;
- воздействие *возбуждающим* (или *переходным*) методом на точки акупунктуры каналов Рр (6, 9) и Е (Е 36) (первоэлемент Земля) — чтобы добавить энергии для «питания» первоэлемента Металл;
- воздействие *тормозным* методом на точки акупунктуры каналов С и Ig, а также *тормозным* (или *переходным*) методом на точки акупунктуры каналов МС (МС 6) и TR (TR 5) (первоэлемент Огонь) — чтобы ослабить его разрушающее влияние на первоэлемент Металл;
- воздействие *возбуждающим* методом на точки акупунктуры каналов V (V 40, 60) и R (R 1, 3, 6) (первоэлемент Вода) — чтобы тратилось меньше сил первоэлемента Металл на «питание» первоэлемента Вода;
- дополнительно: *возбуждающий* (переходный) метод при воздействии на точки, использующиеся при резидуально-органической недостаточности головного мозга — точки средней линии головы и заднесрединного канала; на точки локально-сегментарного действия (VG 2, 3, 4, 14, 20; VC 2, 3, 4, 6, V 23, 28, 31, 32); на точку РР 6, использующуюся при любой патологии органов малого таза, заболеваниях желудочно-кишечного тракта и у детей для ускорения процессов «созревания» организма;
- обязательное включение в рецептуру точек акупунктуры, традиционно используемых при лечении неврозов и невротических симптомов;
- необходимо разумное сочетание современных фармакологических средств, методов биообратного управления, психотерапии и методов рефлексотерапии, с учетом возраста ребенка и фазы течения заболевания;
- независимо от формы энкопреза, базироваться в терапии на особенностях пациента (его «канальном профиле», о чем говорилось ранее).

В таблице 4 представлено время экспозиции и количество игл акупунктуры, применяемые нами при лечении детей.



Таблица 4

|                                               | Возраст пациента | Метод воздействия |                  |
|-----------------------------------------------|------------------|-------------------|------------------|
|                                               |                  | Тормозной         | Возбуждающий     |
| Количество игл на сеанс и время их экспозиции | 3—5 лет          | 5 игл, 6 минут    | 4 иглы, 2 минуты |
|                                               | 5—7 лет          | 7 игл, 10 минут   | 5 игл, 4 минуты  |
|                                               | 7—10 лет         | 9 игл, 15 минут   | 7 игл, 6 минут   |
|                                               | 11—15 лет        | 11 игл, 20 минут  | 9 игл, 8 минут   |

Эффективно и использование массажа активных точек. Немаловажно, что использовать точечный массаж родители могут самостоятельно, причем в домашних условиях (получив точные и ясные рекомендации от рефлексотерапевта!). В этом случае вреда массаж точек принести не может, а эффект от такой терапии нередок, так как используются точки широкого спектра действия, входящие в рецептуру при многих заболеваниях. При правильном проведении массажа должен возникать комплекс специфических ощущений, появляющихся при точном попадании в активную точку: ломота, распирание, тепло в месте массируемой точки, иногда распространяющееся вдоль хода меридиана вверх и вниз.

Рекомендуются следующие приемы массажа: легкое поглаживание активной точки (разогревание); пальцевое разминание — производятся вращательные движения по часовой стрелке, с частотой около двух вращений в секунду и постепенным увеличением давления до получения описанных выше ощущений, без отрыва пальца массирующего от кожи над активной точкой (тормозное воздействие); короткие (около трети секунды) и резкие надавливания на точку с последующим отрывом пальца от кожи, в течение 30—45 секунд (возбуждающее воздействие). У детей активные точки расположены ближе к кожной поверхности. Поэтому давление требует меньших усилий, чем у взрослого. Для самомассажа рекомендуются следующие точки (в скобках указаны рекомендации по применению из: [Лувсан Г., 1986; Качан А. Т. и др., 1990]):

*Хэ-гу, GI 4* («собрание злаков») — канал толстой кишки; находится в первом межпальцевом промежутке верхней конечности, на уровне вершины кожной складки при приведенном I пальце, на возвышении первой межкостной мышцы (патология кишечника, дыхательной системы и кожи; головная боль, вегетососудистые дистонии по гипотоническому типу; потливость; неврастения).

*Цюй-чи, GI 11* («пруд у изгиба») — на вершине складки при максимально согнутой руке в локтевом суставе (патология кишечника, дыхательной системы и кожи, в том числе аллергические проявления); невроты, вегетососудистые дистонии.

*Шоу-сань-ли, GI 10* («три версты на руке») — на 2 п.о. (пропорциональных отрезка — около 3 см, хотя пропорциональный отрезок (цунь)

индивидуален) дистальнее (ближе к кисти) *цзюй-чи*, между группами мышц передней и задней поверхностей предплечья (показания те же, что и для *цзюй-чи*).

*Бай-хуэй*, VG 20 («собрание 100 болезней») — заднесрединный меридиан; по средней линии головы, чуть сзади линии, проведенной между верхушками ушных раковин, у детей соответствует малому родничку (при пальпации ощущается ямка), окостенение которого происходит к 1-му году жизни (точка общего действия, используется практически во всех рецептах; невроты; энурез и энкопрез; нарушения сна; вегетососудистые дистонии).

*Вай-гуань*, TR 5 — канал трех обогревателей; на 2 п.о. проксимальнее (ближе к плечу) лучезапястного сустава, в середине между лучевой и локтевой костями предплечья (патология внутренних органов; вегетососудистые дистонии, головные боли; невроты; расстройства сна).

*Ней-гуань*, MC 6 — канал перикарда; на 2 п.о. проксимальнее (ближе к плечу) лучезапястного сустава, напротив *вай-гуань*, на тыльной поверхности предплечья (вегетососудистые дистонии, головные боли; невроты; патология желудка и поджелудочной железы).

*Сань-инь-цзяо*, RP 6 («перекрест трех инь») — канал селезенки/поджелудочной железы; на голени, на 3 п.о. выше верхнего края внутренней лодыжки по заднему краю большеберцовой кости (патология желудочно-кишечного тракта; невроты; нарушения мочеиспускания (ночное недержание, дискинезии мочевыводящих путей); сексуальные расстройства).

*Цзю-сань-ли*, E 36 («три версты на ноге») — канал желудка; на 3 п.о. ниже нижнего края надколенника, латеральнее (кнаружи) на 1 поперечный палец (указательный) большого от гребешка большеберцовой кости (широкий спектр показаний; при заболеваниях желудочно-кишечного тракта; головные боли; невроты; хронические вялотекущие процессы).

*Жень-чжун*, VG 26 («середина человека») — находится в области верхней трети губного желобка — под носом, в месте перехода верхней челюсти в переднюю ость носа (тики, судороги, истерический припадок).

*Инь-тан*, H («встреча с храмом») — внеканальная точка; находится в желобке надпереносья, в месте схождения надбровных дуг (головные боли (сосудистого генеза); гипертензия; судороги у детей).

*Юн-цюань*, R 1 — канал почек; находится в центре подошвы, в ямке между II и III плюсневными костями, проксимальнее (ближе к лодыжке) их головок (дизурические расстройства; истерия; нарушения сна; эпилептический припадок).

*Вэй-ян*, V 39 — канал мочевого пузыря; находится на подколенной складке у внутреннего края сухожилия двуглавой мышцы бедра (нарушения мочеиспускания).

Полезен массаж и дополнительных точек, указанных ниже, но он не может проводиться больным самостоятельно.

*Да-джуй, VG 14 («большой позвонок»)* — точка соединения всех каналов ЯН; располагается на середине расстояния между остистыми отростками седьмого шейного и первого грудного позвонков (вегетососудистые дистонии, вегетолгии; неврозы (особенно истерия), стрессовые состояния, астенизация).

*Мин-мэнь, VG 4 («врата жизни, «судьбы»)* — находится между остистыми отростками второго и третьего поясничных позвонков (патология органов малого таза; сексуальные расстройства; неврозы; дискинезии кишечника).

*Чан-цян, VG 1* — находится у нижнего края последнего копчикового позвонка (дискинезия толстого кишечника; расстройства мочеиспускания).

*Шэнь-шу, V 23 (ШЭНЬ — почка)* — меридиан мочевого пузыря, точка ШУ (расположена сегментарно по отношению к соответствующему внутреннему органу) на спине канала почки; расположена на спине между остистыми отростками II и III поясничных позвонков, в сторону на 1,5 ширины большого пальца (первая боковая линия спины) (патология мочевыводящей системы; заболевания органов малого таза; неврозы).

*Пан-гуан-шу, V 28 (ПАН-ГУАН — мочевой пузырь)* — точка ШУ на спине канала мочевого пузыря; расположена на уровне второго крестцового отверстия (нарушения мочеиспускания; дискинезия толстого кишечника; патология органов малого таза).

*Точки ба-ляо (БА-ЛЯО — «8 ямок»), 8 точек, V 31—34* — находятся в проекции крестцовых отверстий (нарушения мочеиспускания; дискинезия толстого кишечника; патология органов малого таза; неврозы).

Описанные точки массируются в порядке их расположения в списке. Особенно удобны для самомассажа первые 12 точек, поэтому их рекомендуется массировать не менее 3—5 раз в день, используя для этого свободные интервалы времени при езде в транспорте, на прогулках и т. д. Кроме влияния на внутричерепное давление, судорожную и пароксизмальную активность, нарушения в работе мочевого пузыря, почек и кишечника, массаж активных точек вызывает увеличение релаксации мышц и тем самым усиливает эффективность других упражнений.

Большую эффективность показало применение ножных ванн, особенно у детей с энурезом, как правило, в осенне-весенний период, когда сыро и холодно (ухудшение в течении энуреза отмечается обычно именно весной, зимой и осенью). Поскольку основные точки каналов мочевого пузыря и почек находятся на стопе человека, а энурез, как я уже говорил, китайская медицина называет «холодом почек и мочевого пузыря», то горячие (максимально для конкретного ребенка, но не до ожогов!) ножные ванны перед сном можно считать патогенетическим лечением. А если после ванны добавить массаж ступней с применением в нем бальзама «Звездочка» (Вьетнам) (можно просто натереть наружный и внутренний края стоп), то лечебный эффект возрастает.

Результаты лечения при использовании нового комплексного подхода (в сравнении с таковыми при лечении по общепринятым схемам) обнадеживают: эффективность терапии увеличивается больше, чем в 1,5 раза, а среднее количество курсов рефлексотерапии снижается вдвое. Кроме того, по данным катамнестического наблюдения в течение 3 лет рецидивы заболевания возникают лишь в 3 % случаев (при лечении по общепринятым методикам — до 20 %), причем, как правило, связаны они с какими-либо эксцессами в жизни ребенка (черепно-мозговая травма, тяжелая операция с общей анестезией, острая психотравма и т. п.).

Мне кажется, что представленные в этой главе данные свидетельствуют о том, что новый подход к терапии таких сложных, резистентных к различным медицинским воздействиям заболеваний, какими являются энурез и энкопрез, имеет хорошие перспективы не только в работе детских врачей, сталкивающихся с этой проблемой (педиатры, неврологи, психотерапевты, психиатры), но и в практической рефлексотерапии. Можно высказать предположение о целесообразности его применения для лечения заболеваний различного профиля, в частности — других монополярных пограничных психических расстройств (заикания, тиков, неврозов), что осуществляется нами в течение последних двадцати лет (результаты этого лечения систематизируются).



## Вместо заключения

Великий психолог, психиатр и психотерапевт К. Г. Юнг (Jung, Carl Gustav) (1875—1961), один из ближайших учеников З. Фрейда, стал автором учения, в центре которого лежит представление об «индивидуации». Процесс индивидуации обусловлен всей совокупностью душевных состояний, которые координируются системой дополняющих друг друга отношений, способствующих созреванию личности. И им же впервые была дана трактовка неврозов, как попытка компенсации посредством восстановления подчиненных функций, попытка *восстановить баланс в работе мозга*. К. Юнг ввел понятие архетипов, как изначальных элементов человеческой психики, в которых заключен опыт всего человечества, начиная от его древнейших предков (*наследование!*). С современной точки зрения архетипы могут представлять собой некоторые матрицы (или программы) долгосрочной памяти, заложенные генетически, накладывающиеся на индивидуальный опыт личности и меняющие отношение личности к оценке текущих событий действительности. Исходя из этого любая терапия неврозов должна учитывать влияние архетипов на процесс восстановления взаимодействия между структурами головного мозга. Схема *нормального межструктурного взаимодействия* настолько тесно и неразрывно связана с понятием архетипов, что позволяет ставить задачу применения объективных методов исследования для изучения такой связи, и использования полученных данных в лечении пограничных психических расстройств.

Юнг понимал неврозы не только как нарушение, но и как *необходимый импульс для «расширения» сознания* и, следовательно, как стимул к достижению зрелости (исцеление). С такой точки зрения психические нарушения — не просто неудача, болезнь или задержка развития, но *побуждение к самореализации и личностной целостности*.

С этой точки зрения энкопрез и, особенно, энурез позволяют нам понять, насколько важным является серьезное отношение к этим страданиям. Для меня не секрет, что наследственный фактор в развитии пограничных психических нарушений имеет огромное значение. Сухая статистика говорит о наследовании, скажем, энуреза в 20—25 % случаев, но мой собственный опыт свидетельствует о не менее 50 %! Это неудивительно: родители моих пациентов, их родители и родители их родителей скрывают факт энуреза в прародительских семьях, видимо, считая это чем-то постыдным. Более того, до недавнего времени, да и сегодня еще, многие попросту не обращаются к врачу с данной проблемой, прячут ее в недрах семьи, ждут, когда «энурез сам пройдет» (и это скрыто

от статистических обработок!). Да, при этом заболевании есть особенность — самопроизвольное излечение в период полового созревания, как я сказал в главе об энурезе. Но! Во-первых, в наше время энурез «постарел» (головной мозг наших детей, ставших акселератно выше и крупнее, не успевает за телом), и совсем недавно на прием ко мне приводили 21-летнюю девушку, у которой энурез почему-то не «самозлечился» (нонсенс для последних десятилетий XX века!). О молодых людях 16—18 лет я вообще молчу — сплошь и рядом, как говорят. Во-вторых, и это, надеюсь, понятно из тех данных, которые я привел на страницах этой книги, энурез — серьезное нарушение в системе «сон-бодрствование», в работе головного мозга и относится к нему лишь как к проблеме «мокрого постельного белья», «слабенького мочевого пузыря» нелепо. В-третьих, наследуется не только симптом (недержание мочи, запинки в речи, тикозные движения и т. д.), а устойчивая патологическая связь мозга (о патологической доминанте я тоже рассказал). Если пустить все на самотек, ждать, когда энурез «пройдет сам», если не лечить, то эта патологическая связь мозга будет передана по наследству. И несмотря на то что головной мозг — великолепная саморегулирующаяся система, нередко, учитывая непростые условия жизни, в которых находится современный человек, он самостоятельно, без специальных внешних воздействий, о которых я рассказывал в главах о коррекции, не может вернуться в область саморегуляции нормы. И наконец, заболевание, даже пограничное, никогда не проявляется одним симптомом, особенно если речь идет о нарушениях функций высшей нервной деятельности. Он, этот симптом, «тянет» за собой массу проблем: нарушения эмоций, поведения, речевых функций, памяти, интеллекта, а следовательно, трудности в обучении, что является для ребенка наиболее значимым в процессе социализации («занятия достойного места в обществе»).

Что касается психоаналитического подхода к проблеме пограничных расстройств, в первую очередь, конечно, к неврозам и, как Вам, читатель, надеюсь, стало понятно, энкопрезу, то должен сказать вот что. Сравнительно недавно я познакомился и подружился с прекрасной семейной парой — Медведевыми Владимиром и Ириной. Эти люди, занимаясь организацией научного процесса (возглавляют СПб гуманитарный университет), являются учеными-исследователями. Медведев В. А. — психолог-психоаналитик, кандидат философских наук, директор и декан факультета глубинной психологии университета, был председателем правления Всероссийской ассоциации прикладного психоанализа. Лет 5 назад Володя подарил мне свой двухтомник «Сны о России. Психоанализ российской действительности и русской судьбы», в котором я нашел (наконец-то!) то, о чем размышлял много лет. Я понял, почему психоанализ в нашей стране не приживается, носит какой-то «обрывистый», бессистемный, часто «пафосный», если не сказать грубее — «снобистский» характер. И мне стало ясно, почему я, активно практикующий врач-психотерапевт, его полностью не при-

нимаю, хотя конечно же применяю элементы психоаналитического диагностирования и воздействия на пациента в своей повседневной работе.

В. А. Медведев в начале главы «Русскость на кушетке» пишет: «Приступая к супервизионному (*супервизия* — помощь одного профессионала менее опытному коллеге, но это относительно узкое определение; S. du Plock (1997): «супервизия не для нахождения ответов (это невозможно без участия клиентов), а для того, чтобы учиться спрашивать». Примеч. мое. — Ю. А.) разбору фрейдовского классического случая, т. е. к деянию, всегда граничащему с кощунством в *нашем психоаналитическом сообществе, идеологически построенном по модели закрытого религиозного ордена* (выделение курсивом здесь и далее мое. — Ю. А.), хочется попробовать как-то оправдаться... к кому в конечном счете обращена подобного рода “супервизия”? Конечно же не к самому Зигмунду Фрейду — как профессионал он вне подозрений, даже его ошибки и клинические просчеты давно уже стали эталонными элементами классической психоаналитической техники. Речь при подобном супервизировании идет совсем о другом: о *способностях нас, сегодняшних его последователей, понять и использовать* концептуальный и методологический ресурс дошедшей до нас опубликованной части фрейдовского наследия.

Ведь перед нами работа Творца, создателя того мира психоанализа, в котором мы живем и работаем... т. е. результат креативного усилия нашего с вами психоаналитического Бога. Он сотворил нечто (в данном случае книгу “Из истории одного детского невроза”), произнес сакраментальную фразу: “И это — хорошо!” и предал свое творение нам. Зачем? С какой целью?

Дело в том, что наш Бог был смертен и, как известно, обостренно воспринимал собственную конечность, психологически возведя ее в ранг вселенской катастрофы. Залог собственного бессмертия видел он только в перспективах психоанализа, в который вложил всю свою душу и который сотворил по своему образу и подобию. Не случайно так обострены были реакции Фрейда на любые проявления отступничества от его идей и возможного забвения его имени. Достаточно вспомнить знаменитый мюнхенский инцидент, когда за обедом Фрейд упал в обморок во время рассказа Юнга о том, как великий Эхнатон, сам став фараоном, приказал сбить со всех памятников имя собственного отца.

Будучи одержимым комплексом “предсмертной откровенности”, Фрейд загодя стал готовить нас к своей будущей смерти, закладывая в своих работах своеобразные клады эвристических провокаций, подталкивающих его последователей к личностно окрашенному принятию его мыслей... к воскрешению в себе души Учителя... И выбор тут прост до очевидности. Нужно либо принять эту миссию, возложенную на нас волею Творца, либо — смиренно выйти за пределы сотворенной им вселенной психоанализа, создав собственный мир или войдя зону притяжения иного светила.

Сегодня мы должны откровенно признаться — частично мы предали нашего Бога и отреклись от его Завета. Психоанализ, задуманный им как глобальный исследовательский проект по созданию некой “метапсихологии”, объединяющей в себе в виде системного динамического единства знание о сознательном и бессознательном аспектах человеческой психики и призванной вести людей на новые рубежи самопознания, реализации древней дельфийской заповеди “Познай самого себя!”, мы ограничили *системой платной психотерапевтической практики*. И напрасно Творец взывал к избранному им психоаналитическому народу: опомнитесь, психоанализ лишь был открыт на больных, он представляет собой знание о глубинной сущности человека и *превращение его в медицинскую специальность является роковым для самого его будущего...*» [Медведев В. А., 2004, Т. I, с. 9—10].

В. А. Медведев, разбирая работу З. Фрейда с пациентом Сергеем Панкеевым, клинический случай которого (по Медведеву, это даже не клинический случай, а «глубинное метафизическое исследование») и был положен Фрейдом в основание книги «Из истории одного детского невроза», указывает на неэффективность лечения «Человека-Волка» (это псевдоним русского мальчика, под которым он вошел в «аналитическую традицию»). На примере «Человека-Волка» Фрейд пытался понять «русскость», истоки символики и границы ее применимости в данном случае и в контексте культурной среды. В. А. Медведев пишет: «В... случае Человека-Волка супервизионное исследование подобного рода явно требуется для постановки и решения проблем *несовпадения* символического языка детства *аналитика и пациента*, а также — влияния на интерпретационный процесс *различий в языковой организации ассоциативных рядов их личного бессознательного*. Данный аспект метапсихологического (прикладного) супервизирования особенно актуален в так называемых новейших психоаналитических сообществах, к которым обычно причисляют психоаналитические группы стран Восточной Европы». Далее Медведев говорит о том, что при организации профессиональной подготовки неизбежно происходит опора на супервизионную поддержку *иноязычных* и, что еще важнее, *инокультурных* коллег, что часто приводит к формированию некой «квазианалитической профанации» [Медведев В. А., 2004, Т. I, с. 16].

Таким образом, если вернуться к трактовке энкопреза многими исследователями (см. главы об энкопрезе и о его лечении) как формированию анального типа по Фрейду, то анальные проявления «русскости» — нонсенс, так как «*черты так называемого анального характера русским несвойственны*» [Медведев В. А., 2004, Т. I, с. 21]. Надеюсь, понятно, что «*русский*» в этом контексте — представитель русской культуры, русских традиций, т. е., как принято говорить сегодня, *россиянин*.

«Но анальная доминанта психики сама по себе еще ничего не определяет; она дает лишь некую массу психического материала, организация которого зависит от тех ритуальных возможностей, от той канализации энергетики анальных желаний, которые предоставляет



*тип культурной среды.* И вот именно в данном пункте Фрейд обнаружил исток и тайну культурной чуждости русской и западноевропейской цивилизаций. Обе они основаны на коллективном невротическом отреагировании... Но если западноевропейский стандарт организации личного бессознательного (Человек-Пчела) ориентирован на анально-накопительные тенденции и связан с соответствующими характерологическими особенностями — упорством, экономностью и чистоплотностью, то описываемая Фрейдом “русскость” Человека-Волка стоит на совершенно иных, анально-продуктивных основаниях» [Медведев В. А., 2004, Т. I, с. 33—34].

Учитывая все сказанное, думаю, что наша трактовка механизмов, по которым возникает и проявляет себя энкопрез — «синдром фигового листа», имеет шанс на существование, а терапевтические приемы, выливающиеся из такой трактовки, могут быть наиболее эффективными, при условии комплексного подхода, о котором я неоднократно говорил.

И в заключение, позвольте дать Вам, уважаемый читатель, **10** советов, которые, возможно, будут похожи на лозунги (к счастью, не политические!), но их значимость, как мне представляется, сгладит это впечатление.

Если Ваш ребенок в возрасте до года (да и позже!) «путает день и ночь», беспокойно спит, реагируя на самые незначительные звуки, кричит по ночам, вскакивая от страха, задумайтесь, почему так происходит, забеспокойтесь, обратитесь к специалисту!

Если Ваш ребенок пуглив, «плачет по пустякам», у него плохой аппетит или он крайне избирателен в еде, если он постоянно простужается, а мелкие простуды и нетяжелые болезни (ринит, фарингит, отит) идут «цепочкой», одна за другой; если он бледен, без особой причины утомляем, насторожитесь относительно состояния его нервной системы, проконсультируйтесь с Вашим доктором!

Если Ваш ребенок не удерживает мочу ночью и днем (даже если только пятнышки на трусиках), «пачкает» трусики, не удерживая кал, не откладывайте визит к врачу!

Не прячьте болезнь от специалистов! В ней нет ничего постыдного для Вашей семьи! Не теряйте драгоценное время, помните, «Шила в мешке не утаишь!».

Если Ваш ребенок резко изменился: стал рассеянным, утомляемым, печальным, зажатым, не хочет идти в детский сад или школу, стал хуже учиться («съехал» на двойки-тройки), долго засыпает и не может встать утром в привычное для него время, обратитесь к психологу, психотерапевту, чтобы разобраться в происходящем, чтобы найти причину перемены!

Не вините в случившейся болезни ни ребенка, ни себя, ни обстоятельства! Посетите психотерапевта, который поможет Вам изменить

себя, образ жизни, межличностные отношения, указав верный путь к преодолению болезненных проявлений.

Не наказывайте за болезнь, не унижайте сына (дочь), стыдя его (ее) за «мокрое» и «грязное», снижая тем самым уровень его (ее) самооценки и самоуважения!

Сражайтесь за здоровье вместе! Болезнь — стоглавая гидра, одолеть ее можно только «всем миром», когда ни одно из заинтересованных лиц «не отойдет в сторонку», не проявит равнодушия. Идите строем, под знаменем, поднятым доктором, которому Вы доверили благополучие своей семьи!

Проживайте каждый день вместе со своими детьми: делитесь с ними тем, что Вас волнует; спрашивайте их мнение при принятии важных семейных решений; искренне интересуйтесь их делами; помогайте им в разрешении проблем, жертвуя своим временем; беседуйте с ними дома, гуляя в парке, выезжая за город. Помните, что Ваш ребенок не детдомовец, лишенный, к несчастью, семьи! Не превращайте родной дом Ваших детей в интернат для сирот!

Интересуйтесь литературой для родителей, читайте, учитесь, делайте открытия! Родительство — это наука, наука жизни, где роль открытий не менее значима, чем в фундаментальных дисциплинах. Привносите в то, чему научила Вас семья, в которой воспитывались Вы, открытое лично Вами, как уже родителями, «светлое, разумное, вечное», чтобы Ваши дети были счастливее Вас, непременным условием чего является ЗДОРОВЬЕ, особенно ПСИХИЧЕСКОЕ!

***Я от всей души желаю всем Вам успехов во всем этом!***

## Литература

Авруцкий, Г. Я. Лечение психических больных / Г. Я. Авруцкий, А. А. Недува. — М. : Медицина, 1988. — 528 с.

Айрапетянц, М. Г. Неврозы в эксперименте и в клинике / М. Г. Айрапетянц, А. М. Вейн. — М. : Наука, 1982. — 272 с.

Александров, А. А. Современная психотерапия / А. А. Александров. — СПб. : Академический проспект, 1997. — 335 с.

Александров, А. А. Личностно-ориентированная интегративная психотерапия. Методические рекомендации / А. А. Александров и др. — СПб., 1992.

Александровский, Ю. А. Пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский. — М. : Медицина, 1993. — 400 с.

Александровский, Ю. А. Пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский. — М. : Медицина, 2000. — 496 с.

Александровский, Ю. А. Некоторые парадоксы современной психиатрической и психофармакотерапевтической практики / Ю. А. Александровский // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П. Б. Ганнушкина, 2005. Т. 7. № 1. С. 4—7.

Андропова, Л. З. Способ лечения заикания. А. с. № 1049065 (СССР). Оpubл. 23.10.1983 / Л. З. Андропова, М. И. Лохов // Бюл. изобрет. 1983. № 39.

Асадова, М. С. Межполушарные взаимоотношения при стойких изменениях эмоционального состояния / М. С. Асадова // Физиология человека. 1985. Т. II. С. 443—447.

Асанова, Н. К. Развитие чувства самости (представления о себе): обзор теоретических концепций : методическое пособие / Н. К. Асанова. — М., 1997.

Бадалян, Л. О. Руководство по неврологии раннего детского возраста / Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба, Н. М. Всеволожская. — Киев : Здоровья, 1980. — 342 с.

Бадалян, Л. О. Клиническая электромиография / Л. О. Бадалян, И. А. Скворцов. — М. : Медицина, 1986. — 368 с.

Бадалян, Л. О. Невропатология / Л. О. Бадалян. — М. : Академия, 2000. — 384 с.

Балонов, Л. Я. Функциональная асимметрия мозга в организации речевой деятельности / Л. Я. Балонов, В. Л. Деглин, Т. В. Черниховская // Сенсорные системы: сенсорные процессы и асимметрия полушарий. — Л. : Наука, 1985. — С. 99—115.

- Бехтерева, Н. П.* Здоровый и больной мозг человека / Н. П. Бехтерева. — Л. : Наука, 1980. — 208 с.
- Бехтерева, Н. П.* Здоровый и больной мозг человека / Н. П. Бехтерева. — 2-е изд., перераб. и доп. — Л. : Наука, 1988. — 262 с.
- Библия.* — М., 2002. — 1344 с.
- Благосклонова, Н. К.* Детская клиническая электроэнцефалография / Н. К. Благосклонова, Л. А. Новикова. — М. : Медицина, 1994. — 205 с.
- Болдырев, А. И.* Пограничные формы эпилепсии / А. И. Болдырев // 12-й съезд психиатров России: Материалы съезда. — М., 1995. — С. 321—323.
- Брагина, Н. Н.* Функциональная асимметрия человека / Н. Н. Брагина, Т. А. Доброхотова. — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : Медицина, 1988. — 240 с.
- Брагинский, Г. М.* Некоторые аспекты теории и практики лечения ожирения методом рефлексотерапии : учебное пособие / Г. М. Брагинский, А. Т. Качан, Ю. А. Фесенко. — СПб. : СПбМАПО, 2001. — 20 с.
- Брызгунов, И. П.* Дефицит внимания с гиперактивностью у детей / И. П. Брызгунов, Е. В. Касатикова. — М. : Медпрактика-М, 2002. — 128 с.
- Буторина, Н. Е.* Затяжные системные расстройства в детском возрасте / Н. Е. Буторина, К. Ю. Ретюнский. — Екатеринбург : Экспресс, 2005. — 280 с.
- Буторина, Н. Е.* органическая форма невропатии как синдром раннего детского возраста // Успехи детско-подростковой психиатрии и психотерапии (исторический и междисциплинарный подход) : материалы конф. «Мнухинские чтения» 19 ноября 2007 г. / Н. Е. Буторина. — СПб., 2007. — С. 101—104.
- Буянов, М. И.* Недержание мочи и кала / М. И. Буянов. — М. : Медицина, 1985. — 183 с.
- Вартамян, Г. А.* Функциональная асимметрия мозга / Г. А. Вартамян, Б. И. Клементьев. — Л. : Наука, 1990. — 182 с.
- Вейн, А. М.* Нарушения сна и бодрствования / А. М. Вейн. — М. : Медицина, 1974. — 258 с.
- Вейн, А. М.* Сон человека. Физиология и патология / А. М. Вейн, К. Хехт. — М. : Медицина, 1989. — 272 с.
- Вейн, А. М.* Антиконвульсанты в психиатрической и неврологической практике / А. М. Вейн, С. Н. Мосолов. — СПб. : Мед. информ. агентство, 1994. — 336 с.
- Вейн, А. М.* Сон — тайны и парадоксы / А. М. Вейн. — М. : Эйдос медиа, 2003. — 220 с.
- Вогралик, В. Г.* Слово о китайской медицине / В. Г. Вогралик. — Горький : Волго-Вятское кн. изд-во, 1959. — С. 34—39.
- Гарбузов, В. И.* Неврозы у детей и их лечение / В. И. Гарбузов, Д. Н. Исаев, А. И. Захаров. — Л., 1977. — 272 с.
- Гарбузов, В. И.* Практическая психотерапия / В. И. Гарбузов. — СПб. : Медицина, 1994.



Гарбузов, В. И. Неврозы и психотерапия / В. И. Гарбузов. — СПб. : СОТИС, 2001. — 412 с.

Гарбузов, В. И. Энкопрез — синдром «фигового листка» // Успехи детско-подростковой психиатрии и психотерапии (исторический и междисциплинарный подход) : материалы конфер. «Мнухинские чтения» 19 ноября 2007 г. / В. И. Гарбузов, Е. В. Фесенко, Ю. А. Фесенко. — СПб., 2007. — С. 51—56.

Гарбузов, В. И. Энкопрез как проявление синдрома «Фигового листка» // Мариинская больница 1803—2008. 205 лет плодотворной работы. Труды Мариинск. б-цы. 2008 / В. И. Гарбузов, Ю. А. Фесенко, Л. П. Чурилов. Вып. VI. С. 116—121.

Голубев, В. Л. Неврологические синдромы / В. Л. Голубев, А. М. Вейн. — М. : Эйдос медиа, 2003. — 832 с.

Гольбин, А. Ц. Патологический сон у детей / А. Ц. Гольбин. — Л. : Медицина, 1979. — 248 с.

Данилов, И. В. Патофизиология логоневрозов / И. В. Данилов, И. М. Черепанов. — Л. : Медицина, 1970. — 134 с.

Дривес, Р. Акупунктура и психология / Р. Дривес. — Париж, 1987. — 264 с.

Духанов А. Я. Ночное недержание мочи у детей / А. Я. Духанов. — Л., 1940. — С. 44—50.

Заваденко, Н. Н. Энурез у детей: классификация, патогенез, диагностика, лечение / Н. Н. Заваденко, А. С. Петрухин, О. А. Пылаева // Вестник практической неврологии. 1998. № 4. С. 133—137.

Заваденко, Н. Н. Лечение минимальных мозговых дисфункций у детей: терапевтические возможности инстенона / Н. Н. Заваденко и др. // Русский медицинский журнал. 2005. Т. 13. № 12. С. 828—835.

Зайцев, Ю. В. Влияние этимизола на долгосрочную память / Ю. В. Зайцев, С. С. Лосев // Физиология человека. 1979. Т. 5. С. 175—177.

Зенков, Л. Р. Клиническая электроэнцефалография с элементами эпилептологии / Л. Р. Зенков. — Таганрог : ТГРУ, 1996. — 358 с.

Зенков Л. Р. Клиническая электроэнцефалография с элементами эпилептологии / Л. Р. Зенков. — М. : МЕДпресс, 2001. — 68 с.

Исаев, Д. Н. Психиатрия детского возраста / Д. Н. Исаев и др. — Л. : Изд-во ЛПМИ, 1983. — 93 с.

Как проявляется энкопрез? Информационно-образовательный портал о воспитании детей. 2007. URL: <http://secret4you.ru>

Каптен, Ю. Л. Основы медитации / Ю. Л. Каптен. — СПб. : Произв. Андреев и сыновья, 1991.

Качан, А. Т. Анатомо-топографическое расположение корпоральных точек акупунктуры и показания к их применению / А. Т. Качан, В. С. Гороховская и др.. — Воронеж : Изд-во Воронежского ун-та, 1990. — 144 с.

Качан, А. Т. Китайская биоритмология. Чзы-у-лю-чжу / А. Т. Качан. — СПб. : СП Ретур, 1991. — 28 с.

- Ковалев, В. В. Психиатрия детского возраста / В. В. Ковалев. — М. : Медицина, 1979. — 608 с.
- Ковалев, Г. В. Ноотропные средства / Г. В. Ковалев. — Волгоград : Нижневолжское изд-во, 1990. — 368 с.
- Ковлер, М. А. Пантогам — новое психофармакологическое средство / М. А. Ковлер, В. М. Авакумов // Хим.-фармацевт. журн. 1980. № 9. С. 118—122.
- Коновалов, А. Н. Компьютерная томография в нейрохирургической клинике / А. Н. Коновалов, В. Н. Корниенко. — М. : Медицина, 1985. — 296 с.
- Корнев, А. Н. Нарушение чтения и письма у детей / А. Н. Корнев. — СПб., 1997. — 284 с.
- Кортесин. Пятилетний опыт отечественной неврологии / под ред. А. А. Скоромца, М. М. Дьяконова. — СПб. : Наука, 2005. — 224 с.
- Кропотов, Ю. Д. Современная диагностика и коррекция синдрома нарушения внимания: (нейрометрия, электромагнитная томография и нейротерапия) / Ю. Д. Кропотов. — СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2005. — 148 с.
- Крыжановский, Г. Н. Детерминантные структуры в патологии нервной системы / Г. Н. Крыжановский. — М. : Медицина, 1980. — 360 с.
- Лазебник, Т. А. Современные аспекты диагностики и лечения синдрома нарушения внимания с гиперактивностью у детей : методическое пособие / Т. А. Лазебник, Л. С. Чутко, Ю. Д. Кропотов, А. С. Иова. — СПб. : СПб МАПО, 2002. — 48 с.
- Ласков, Б. И. Энурез / Б. И. Ласков, А. Я. Креймер. — М., 1975. — С. 67—70.
- Латаш, Л. П. Гипоталамус, приспособительная активность и электроэнцефалограмма / Л. П. Латаш. — М., 1968. — С. 78—85.
- Лебедев, Б. В. Справочник по неврологии детского возраста / Б. В. Лебедев, В. И. Фрейдков, Г. Г. Шанько и др.; под ред. Б. В. Лебедева. — М. : Медицина, 1995. — С. 362—364.
- Лебединский, В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте / В. В. Лебединский. — М. : Академия, 2004. — 144 с.
- Лохов, М. И. Психофизиологические механизмы коррекции речи при заикании / М. И. Лохов. — СПб. : Наука, 1994. — 190 с.
- Лохов, М. И. Патент № 2065736 на изобретение «Способ коррекции речи». Зарегистрирован 27.08.1996 / М. И. Лохов.
- Лохов М. И. Заикание и логоневроз. Диагностика и лечение / М. И. Лохов, Ю. А. Фесенко. — СПб. : СОТИС, 2000. — 288 с.
- Лохов, М. И. Роль ниже-теменной корковой зоны правого полушария при пограничных расстройствах у детей (по данным кросскорреляционного анализа ЭЭГ) / М. И. Лохов, Ю. А. Фесенко // Клиническая и социальная психиатрия. 2005. Т. 14. Вып. 2. С. 50—53.
- Лохов, М. И. Плохой хороший ребенок (проблемы развития, нарушения поведения, внимания письма и речи) / М. И. Лохов, Ю. А. Фесенко, М. Ю. Рубин. — 2-е изд. — СПб. : ЭЛБИ СПб, 2005. — 320 с.

Лохов, М. И. Задержка развития функционального взаимодействия между структурами коры головного мозга как основа патогенеза речевых расстройств детского возраста (диагностика и терапия) / М. И. Лохов, А. А. Скоромец, Ю. А. Фесенко // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2005. № 4. С. 6—11.

Лохов, М. И. Возможности ранней диагностики минимальной дисфункции мозга (МДМ) у детей 2—7 лет по результатам компьютерного анализа ЭЭГ / М. И. Лохов, А. А. Скоромец, Ю. А. Фесенко // Ученые записки СПб ГМУ им. академика И. П. Павлова. 2005. Т. XII. № 3. С. 87—91.

Лохов, М. И. Заикание: неврология или логопедия? / М. И. Лохов, Ю. А. Фесенко, Л. М. Щугарева. — СПб. : ЭЛБИ СПб, 2005. — 600 с.

Лохов, М. И. Нарушение интегративного взаимодействия между структурами головного мозга при моносимптоматических пограничных психических расстройствах у детей / М. И. Лохов, Ю. А. Фесенко, Е. В. Фесенко, Л. П. Чурилов // Вестник Санкт-Петербургского университета, 2006. Серия 11. Вып. 2. С. 56—69.

Лохов, М. И. Интеллект ребенка / М. И. Лохов, Е. В. Фесенко, Ю. А. Фесенко. — СПб. : ЭЛБИ СПб, 2008. — 218 с.

Лувсан, Г. Традиционные и современные аспекты Восточной рефлексотерапии / Г. Лувсан. — М., Наука, 1986. — 575 с.

Лукачар, Г. Я. Сопоставление результатов топографического картирования ЭЭГ с данными неврологического обследования и компьютерной томографии головного мозга / Г. Я. Лукачар и др. // Журн. невропатол. и психиатр. 1994. Т. 94. № 1. С. 26—30.

Малинина, Е. В. Применение глицина в комплексном лечении психоорганического синдрома у детей / Е. В. Малинина // Актуальные вопросы терапии психических заболеваний. — Челябинск, 2000. — С. 43—44.

Машковский, М. Д. Лекарственные средства / М. Д. Машковский. — Харьков : Торсинг, 1997. — Т. 1. — 560 с.

Медведев, В. А. Сны о России. Психоанализ российской действительности и русской судьбы / В. А. Медведев. — СПб., 2004. — Т. I. — 234 с. — Т. II. — 240 с.

Мнухин, С. С. К вопросу о психогенных реакциях у детей // Вопросы детской психоневрологии / С. С. Мнухин, Е. И. Богданова, Т. Н. Сахно. — Л., 1961. — С. 327—333.

Мнухин, С. С. О резидуальных нервно-психических расстройствах у детей // Резидуальные нервно-психические расстройства у детей / С. С. Мнухин // Труды Ленинградского педиатрического мед. ин-та / под ред. С. С. Мнухина. — Л., 1968. — Т. 51. — С. 5—22.

Монахов, К. К. Прикладные аспекты нейрофизиологии в психиатрии / К. К. Монахов, В. К. Бочкарев, А. И. Никифоров. — М. : Медицина, 1983. — 192 с.

Нахимовский А. И., Шишков В. В. Практическая психотерапия детей и подростков / А. И. Нахимовский, В. В. Шишков. — СПб. : Речь, 2003. — 384 с.

Никишена, И. С. Топография изменений спектральной мощности ЭЭГ в ходе сеанса биологической обратной связи по бета-ритму / И. С. Никишена и др. // Физиология человека. 2004. Т. 30. № 4. С. 19—24.

Ноговицин, В. А. Особенности структуры мозга при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью / В. А. Ноговицин // Новости неврологии в интернете. 1999. URL: <http://neuro-help.psi.med.ru/news/news.html>

Ожегов, С. И. Словарь русского языка / С. И. Ожегов. — 20-е изд. — М., 1988. — 750 с.

Пальчик, А. Б. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных / А. Б. Пальчик, Н. П. Шабалов. — СПб. : Питер, 2000. — 224 с.

Пальчик, А. Б. Эволюционная неврология / А. Б. Пальчик. — СПб. : Питер, 2002. — 384 с.

Платонова Т. Н. Применение кортексина при заболеваниях центральной нервной системы у детей / Т. Н. Платонова, Г. А. Рыжак. — СПб. : ИПК Бионт, 2004. — 48 с.

Поворинский, А. Г. Пособие по клинической электроэнцефалографии / А. Г. Поворинский, В. А. Заболотных. — Л. : Медицина, 1987. — 105 с.

Пограничная психиатрия / под ред. Ю. А. Александровского. — М. : РЛС, 2006. — 1280 с.

Ратнер, А. Ю. Неврология новорожденных / А. Ю. Ратнер. — Казань : Изд-во Казанск. унив., 1995. — 367 с.

Раттер, М. Помощь трудным детям / М. Раттер. — М. : Прогресс, 1987. — С. 63—67.

Рейнхарт, Б. А. Современные аспекты поиска новых нейротропных средств / Б. А. Рейнхарт, О. Г. Куликова, Н. С. Сапронов // ИЭМ на рубеже тысячелетий. — СПб. : Наука, 2000. — С. 88—101.

Ретюнский, К. Ю. Клиника и терапия заикания с тяжелым неблагоприятным течением / К. Ю. Ретюнский // Актуальные вопросы терапии психических заболеваний. — Челябинск, 2000. — С. 66—70.

Ротенберг, В. С., Поисковая активность и адаптация / В. С. Ротенберг, В. В. Аршавский. — М. : Наука, 1984. — 192 с.

Русинов, В. С. Доминанта / В. С. Русинов. — М. : Медицина, 1969. — 232 с.

Русинов, В. С. Биопотенциалы мозга человека / В. С. Русинов, О. М. Гриндель, Г. Н. Болдырева и др. — М. : Медицина, 1987. — 256 с.

Рыжак, Г. А. Кортиксин и регуляция функций головного мозга / Г. А. Рыжак, В. В. Малинин, Т. Н. Платонова. — СПб. : Фолиант, 2001. — 160 с.

Савченко, Н. Е. Расстройства мочеиспускания / Н. Е. Савченко. — Минск, 1994. — С. 55—59.

Самуэльс М. Неврология / М. Самуэльс; пер. с англ. — М. : Практика, 1997. — 640 с.

Системная семейная психотерапия / под ред. Э. Г. Эйдемиллера. — СПб. : Питер, 2002. — 368 с.



Скоромец, А. А. Нервные болезни : учебное пособие / А. А. Скоромец, А. П. Скоромец, Т. А. Скоромец. — М. : МЕДпресс-информ, 2005. — 543 с.

Смирнов, В. М. Структурно-функциональная организация головного мозга // Механизмы деятельности мозга человека / В. М. Смирнов, Т. Н. Резникова. — Л. : Наука, 1988. — С. 71—150.

Справочник педиатра / под ред. М. Я. Студеникина. — М. : Издатель-пресс, 1997. — С. 210—213.

Строганова, Т. А. Структура биоэлектрической активности мозга детей в состоянии бодрствования : автореф. дис. ... канд. биол. наук / Т. А. Строганова. — М., 1988. — 19 с.

Табеева, Д. М. Иглотерапия / Д. М. Табеева. — М. : Ратмос, 1994. — 469 с.

Трошин В. М. Расстройства мочеиспускания у детей : методическое пособие для врачей / В. М. Трошин, Т. М. Радаева, С. А. Куркина. — М., 1998. — 48 с.

Упур, Х. Частная рецептура китайской медицины. Спутник здоровья / Х. Упур, Д. А. Дубровин. — СПб., 1992. — 227 с.

Фарбер, Д. А. Формирование психофизиологических функций в онтогенезе / Д. А. Фарбер, Н. В. Дубровинская // Механизмы деятельности мозга человека. — Л. : Наука, 1988. — С. 426—454.

Фесенко, Е. В. Методы психотерапии при синдроме нарушения внимания с гиперактивностью / Е. В. Фесенко, Ю. А. Фесенко // СДВГ и родственные формы когнитивных нарушений, эмоциональных дисфункций и поведенческих расстройств / материалы конф. «Мнухинские чтения» 19 мая 2006 г. — СПб., 2006. — С. 52—56.

Фесенко, Ю. А. Психофизиологический анализ функционального состояния мозга при заикании и некоторых пограничных расстройствах у детей 5—8 лет : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ю. А. Фесенко. — СПб., 1995. — 20 с.

Фесенко, Ю. А. Исследование резидуально-неврологических синдромов у детей (новые подходы к диагностике и лечению заикания, гиперактивности, тиков и энуреза) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Ю. А. Фесенко. — СПб., 2005. — 44 с.

Фесенко, Ю. А. Энурез у детей: традиционные и нетрадиционные методы терапии / Ю. А. Фесенко, М. И. Лохов. — 2-е изд. — СПб. : ЭЛБИ СПб, 2005. — 135 с.

Фесенко, Ю. А. Энурез у детей: нарушение в системе сон-бодрствование / Ю. А. Фесенко, М. И. Лохов, Л. П. Рубина // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П. Б. Ганнушкина. 2005. Т. 7. № 1. С. 39—41.

Фесенко, Ю. А. Стресс — угроза гармонии в семье / Ю. А. Фесенко, Е. В. Фесенко // Здоровье женщины. Вопросы профилактики и оздоровления / материалы науч.-практ. конф. 2—4 марта 2005 г. — СПб. : КОСТА, 2005. — С. 89.

- Фесенко, Ю. А. Монополярные пограничные психические расстройства у детей / Ю. А. Фесенко. — СПб. : НАУКА-ПИТЕР, 2007. — 232 с.
- Фесенко, Ю. А. Между здоровьем и болезнью (клинические и психолого-педагогические аспекты диагностики и коррекции нарушений у детей с ограниченными возможностями здоровья) : моногр. / Ю. А. Фесенко. — СПб. : ЛГУ им. А. С. Пушкина, 2009. — 220 с.
- Фокин, В. Ф. Психофизиологические характеристики готовности к обучению и функциональная межполушарная асимметрия / В. Ф. Фокин, Н. Г. Городенский, С. Л. Шармина // Проблема теории и методики обучения. 2000. № 5. С. 54—57.
- Фрейд, З. Лекции по введению в психоанализ / З. Фрейд. — М., 1922. — Т. 1—2.
- Хемфрейс, К. Концентрация и медитация / К. Хемфрейс. — М. : Букинистическое издание, 1994.
- Хризман, Т. П. Развитие функций мозга ребенка / Т. П. Хризман. — Л. : Наука, 1978. — 143 с.
- Хризман, Т. П. Функциональное развитие ассоциативных отделов неокортекса: механизмы эмоций и речи ребенка : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Т. П. Хризман. Л., 1989. — 40 с.
- Черниговская, Н. В. Клиническое значение адаптивного управления / Н. В. Черниговская, С. А. Мовсисянц, А. Н. Тимофеева. — Л. : Медицина, 1982. — 128 с.
- Черников, А. В. Интегративная модель семейной психотерапевтической диагностики / А. В. Черников. — М., 1997.
- Чутко, Л. С. Применение глиатилина в лечении синдрома нарушения внимания с гиперактивностью у детей и подростков / Л. С. Чутко и др. // Диагностика и военно-врачебная экспертиза умственной отсталости : пособие для врачей. — М., 2002. — С. 35—41.
- Шамансуров, Ш. Ш. Детская неврология. Руководство для врачей / Ш. Ш. Шамансуров, В. М. Трошин, Ю. И. Кравцов. — Ташкент : Мед. инст. им. Абу Али ибн Сины, 1995. — 648 с.
- Шанько, Г. Г. Энкопрез неорганической природы у детей : учебно-методическое пособие / Г. Г. Шанько, А. М. Михайлов и др. — Минск : БелМАПО, 2007. — 32 с.
- Шелковский, В. И. Ночной энурез у детей / В. И. Шелковский и др. // Вопросы современной педиатрии. 2002. Т. 1. № 1. С. 75—82.
- Шеповальников, А. Н. Активность спящего мозга / А. Н. Шеповальников. — Л. : Наука, 1971. — 187 с.
- Шеповальников, А. Н. Функциональная асимметрия мозга при нарушениях речевого и слухового развития / А. Н. Шеповальников и др. — М. : Наука, 1992. — 260 с.
- Эйдемиллер, Э. Г. Семейная психотерапия / Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкий. — Л. : Медицина, 1990. — 192 с.
- Эйдемиллер, Э. Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия / Э. Г. Эйдемиллер. — СПб. : Речь, 2006. — 342 с.

Ямпольский, В. Л. Указатель отечественной и иностранной литературы о ночном недержании мочи / В. Л. Ямпольский // Труды Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова. — Л., 1959. — Т. 95. — С. 219—244.

Яременко, Б. Р. Минимальные дисфункции мозга у детей / Б. Р. Яременко, А. Б. Яременко, Т. Б. Горяинова. — СПб. : САЛИТ-ДЕАН, 1999. — 128 с.

Armson, J. Effect of frequency altered feedback and audience size on stuttering / J. Armson, S. Foote, C. Witt, et al. // Europ. J. Disord. Communic. 1997. Vol. 32. № 3. P. 359—366.

Barowsky, E. The use of biofeedback in the treatment of disorders of childhood / E. Barowsky // Ann. — N. Y. Acad. Sci. 1990. Vol. 602. P. 221—233.

Becker, K.-P. Логопедия / К.-Р. Becker, М. Sovak (К. Беккер, М. Совак). — М. : Медицина, 1981. — 288 с.

Bloom F. Мозг, разум и поведение / F. Bloom, A. Lazerson, L. Hofstadter (Ф. Блум, А. Лейзерсон, Л. Хофстедтер). — М. : Мир, 1988. — 248 с.

Brady, J. P. Metronome-conditioned speech retraining / J. P. Brady // Behavioural therapy and health care. — Pergamon Press, New York, 1975. — P. 287—310.

Ciraulo, D. Лекарственные взаимодействия психотропных средств / D. Ciraulo, et al. (Д. Сироло, Р. Шейдер, Д. Гринблат) // Психиатрия. — М. : Практика, 1998. — С. 190.

Christenfeld, N. Effects of a metronome on the filled pauses of fluent speakers / N. Christenfeld // J. Speech Hear. Res. 1996. Vol. 39. № 6. P. 1232—1238.

Dolto F. На стороне ребенка / F. Dolto (Ф. Дольто). — М. : АГРАФ, 1997. — 528 с.

Dunkell, S. Позы спящего / S. Dunkell (С. Данкелл). — Нижний Новгород : Елень, 1994. — 240 с.

Erikson, E. H. Детство и общество / E. H. Erikson (Э. Г. Эриксон) . — СПб. : Летний сад, 2000. — 416 с.

Flor-Henry, P. Cerebral basis of psychopathology / P. Flor-Henry. Wright, Boston etc., 1983. — 357 p.

Flor-Henry, P. Observations, reflections and speculations on the cerebral determinants of mood and on the bilaterally asymmetrical distributions of the major neurotransmitter systems / P. Flor-Henry // Acta neurol. Scand., 1986. Vol. 74. Suppl. 109. P. 75—89.

Freund, Z. Я и Оно / Z. Freund (З. Фрейд) // Хрестоматия по истории психологии. — М. : Изд-во Моск. ун-та, 1980. — С. 184—210.

Gastaut, H. Conclusions concerning the mechanisms of enuresis nocturna / H. Gastaut // Electroenceph. a. clin. Neurophysiol. 1982. V. 12. P. 220—234.

Gentzbittel, M. На стороне ученика / M. Gentzbittel (М. Гензбиттель). — СПб. : Светлячок, 1998. — 224 с.

Goldstein, L. Statistical organizational features of the computerised EEG under various behavioral states / L. Goldstein // Adv. Bid. psychiat., 1981. Vol. 6. P. 12—16.

Graham, J. P. Improved neuronal regulation in ADHD: An application of fifteen sessions of photicdriven EEG neurotherapy / J. P. Graham // Internet doc. 1999. URL: <http://www.neur.reg.ADHD.htm>

Grof, S. За пределами мозга / S. Grof (С. Гроф). — М. : Соцветие, 1992. — 336 с.

Haley, J. Терапия испытанием / J. Haley (Д. Хейли). — М. : Класс, 1998. — 208 с.

Jung, C. G. Эмоциональные психологические типы / С. G. Jung (К. Г. Юнг) // Психология эмоций. — М. : Изд-во МГУ, 1984. — С. 238—251.

Jung, C. G. Дети с отклонениями / С. G. Jung (К. Г. Юнг). — Кишинев : Штиица, 1987. — 176 с.

Jung, C. G. Тэвистокские лекции / С. G. Jung (К. Г. Юнг). — Киев : СИНТО, 1995. — 236 с.

Knut, A. Jacobsen Theory and Practice of Yoga: Essays in Honour of Gerald James Larson / A. Knut (editor). — Brill Academic Publishers, 2005.

Levy, F. Attention deficit hyperactivity disorder focus on genetics / F. Levy // Med. J. Aust. 1998. № 7. Vol. 169. P. 237—238.

Lubar, J. F. Биоуправление, дефицит внимания и гиперактивность / J. F. Lubar (Дж. Ф. Любар) // Биоуправление-3. Теория и практика. — Новосибирск, 1998. — С. 142—162.

Madanes, C. Стратегическая семейная терапия / С. Madanes (К. Маданес). — М. : Класс, 1999. — 272 с.

Matejcek, M. Vigilance and the EEG / M. Matejcek. — М. : Meditsina, 1974. — 288 p.

Max L. Acoustic measures of temporal intervals across speaking rates: Variability of syllable — and phraselevel relative timing / L. Max, A. J. Caruso // J. Speech Lang. Hear. Res., 1997. Vol. 40. P. 1097—1110.

Muellner, S. Development of urinary control in children / S. Muellner. — JAMA, 1960. — V. 172. — P. 1256—1261.

Norgaard, J. P. Experience and current status of research into the pathophysiology of nocturnal enuresis / J. P. Norgaard, J. C. Djurhuus, H. Watanabe, A. Stenberg et al. // Br. J. Urology. 1997. Vol. 79. P. 825—835.

Oaklander V. Окна в мир ребенка / V. Oaklander (В. Оклендер). — М. : Класс, 1997. — 336 с.

Orton, S. Reading, writting and speech problems in children / S. Orton. — N. Y. : Plen. Press, 1937. — 246 p.

Parmelee, A. H. Infant sleep patterns from birth to 16 weeks of age / A. H. Parmelee, W. H. Wenner, H. R. Shulz // J. Pediat. 1964. Vol. 65. P. 576—582.

Passouant, P. Episodic Phenomena during REM sleep / P. Passouant // Sleep 1984. — Roma, 1984. — P. 72—75.



*Piaget, J.* Избранные психологические труды / J. Piaget (Ж. Пиаже). — М. : Межд. пед. акад., 1994. — 680 с.

*Piaget, J.* Речь и мышление ребенка / J. Piaget (Ж. Пиаже). — СПб. : Союз, 1997. — 256 с.

*Stern, H. P.* Increased plasma levels of pancreatic polypeptide and decreased plasma levels of motilin in encopretic children / H. P. Stern; S. E. Stroh et al. // *Pediatrics*. 1995. P. 111—117.

*Strauss, A. A.* Psychopathology and education of the brain injured child / A. A. Strauss, L. C. Lethinen. — N. Y. : Plen. Press, 1947. — 325 p.

*Strauss, A. A.* Psychopathology and education of the brain injured child / A. A. Strauss et al. — London : Acad. Press, 1955. — 412 p.

*Svancara, J.* Диагностика психического развития / J. Svancara et al. (Й. Шванцара и др.). — Прага : Авиценум, 1978. — 388 с.

*Tansey, M. A.* Righting the rhythms of reason. EEG biofeedback training as a therapeutic modality in clinical office setting / M. A. Tansey // *Medical Psychother*. 1993. Vol. 4. P. 57—68.

*Trjesoglava, Z.* Легкая дисфункция мозга в детском возрасте / Z. Trjesoglava (З. Тржесоглава). — М. : Медицина, 1986. — 256 с.

*Whitaker, C.* Полночные размышления семейного терапевта / C. Whitaker (К. Витакер). — М. : Класс, 1998. — 208 с.

*Williams, K.* EEG of Human Sleep / K. Williams. — N. Y. — London, 1974. — P. 46—50.

*Wu, J. C.* Increased dopamine activity associated with stuttering / J. C. Wu, G. Maguire, G. Riley et al. // *Clin. Neurosci. Neuropsychol*. 1997. Vol. 8. P. 767—770.

#### **Новые издания по дисциплине «Возрастная психофизиология» и смежным дисциплинам**

1. *Завьялова, Т. П.* Профилактика нарушений опорно-двигательного аппарата у обучающихся : учебное пособие для вузов / Т. П. Завьялова. — 2-е изд., испр. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2018.

2. *Ляксо, Е. Е.* Возрастная физиология и психофизиология : учебник для академического бакалавриата / Е. Е. Ляксо, А. Д. Ноздрачев, Л. В. Соколова. — М. : Издательство Юрайт, 2018.

3. *Мечников, И. И.* Этюды о природе человека / И. И. Мечников. — 6-е изд., стер. — М. : Издательство Юрайт, 2018.

4. *Сеченов, И. М.* Психология поведения. Избранные труды / И. М. Сеченов. — М. : Издательство Юрайт, 2018.

**Наши книги можно приобрести:**

**Учебным заведениям и библиотекам:**  
в отделе по работе с вузами  
тел.: (495) 744-00-12, e-mail: [vuz@urait.ru](mailto:vuz@urait.ru)

**Частным лицам:**  
список магазинов смотрите на сайте [urait.ru](http://urait.ru)  
в разделе «Частным лицам»

**Магазинам и корпоративным клиентам:**  
в отделе продаж  
тел.: (495) 744-00-12, e-mail: [sales@urait.ru](mailto:sales@urait.ru)

**Отзывы об издании присылайте в редакцию**  
e-mail: [red@urait.ru](mailto:red@urait.ru)

**Новые издания и дополнительные материалы доступны  
в электронной библиотечной системе «Юрайт»  
[biblio-online.ru](http://biblio-online.ru)**

*Учебное издание*

**Фесенко Юрий Анатольевич**

# **ВОЗРАСТНАЯ ФИЗИОЛОГИЯ И ПСИХОФИЗИОЛОГИЯ: ЭНУРЕЗ И ЭНКОПРЕЗ У ДЕТЕЙ**

Практическое пособие

Формат 70×100<sup>1</sup>/<sub>16</sub>.  
Гарнитура «Charter». Печать цифровая.  
Усл. печ. л. 13,03.

**ООО «Издательство Юрайт»**  
111123, г. Москва, ул. Плеханова, д. 4а.  
Тел.: (495) 744-00-12. E-mail: [izdat@urait.ru](mailto:izdat@urait.ru), [www.urait.ru](http://www.urait.ru)