
БИБЛИОТЕКА ПЕДИАТРИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

С.В. ГРЕЧАНЫЙ
А.Б. ИЛЬЧЕВ
В.В. ПОЗДНЯК
А.Г. КОЩАВЦЕВ
В.В. ШИШКОВ
Ю.В. ХУТОРЯНСКАЯ

ПСИХИАТРИЯ
ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

ЧАСТЬ 1

Санкт-Петербург

Министерство
здравоохранения
Российской Федерации



Санкт-Петербургский
Государственный
Педиатрический
Медицинский
Университет

С.В. ГРЕЧАНЫЙ
А.Б. ИЛЬИЧЕВ
В.В. ПОЗДНЯК
А.Г. КОЩАВЦЕВ
В.В. ШИШКОВ
Ю.В. ХУТОРЯНСКАЯ

ПСИХИАТРИЯ
ДЕТСКОГО
ВОЗРАСТА

ЧАСТЬ 1

Учебное
пособие

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ
2020

УДК 616.89-053.2
ББК 56.14
57.3
П86

П86 Психиатрия детского возраста. Часть 1. Учебное пособие. / С.В. Гречаный, А.Б. Ильичев, В.В. Поздняк, А.Г. Кощавцев, В.В. Шишков, Ю.В. Хуторянская. – СПб.: СПбГПМУ, 2020. – 80 с.

ISBN 978-5-907184-95-4

Учебное пособие составлено в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.02 «Педиатрия». В первой части представлен традиционный перечень психических расстройств детского возраста. Подробно раскрываются фундаментальные положения, составляющие основу академических психиатрических знаний. Большое внимание уделено пограничной и резидуально-органической патологии, широко распространенной у детей и составляющей значительный объем лечебно-профилактической работы педиатров и врачей общемедицинской практики. В полном объеме представлен материал, касающийся клиники, диагностики и лечения эндогенных психических заболеваний, встречающихся в детском возрасте. Основной акцент в изложении сделан на сравнительно-возрастном аспекте заболеваний. Подчеркивается возможность благоприятного течения некоторых разновидностей резидуально-органической патологии детского возраста и эволютивно-возрастной динамики ряда устойчивых патологических состояний. Обобщены и изложены новые данные, касающиеся современных психотропных препаратов и немедикаментозных методов лечения. Подробно описаны особенности формирования наркозависимости в подростковом возрасте, изложены современные подходы к лечению наркоманий. Приведены клинические примеры основных нарушений. Даны вопросы для самоконтроля.

Учебное пособие предназначено для студентов, обучающихся по специальности 31.05.02 «Педиатрия».

Рецензенты:

Профессор кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава РФ, д.м.н., профессор Е.В. Снедков

Профессор кафедры неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии ФП и ДПО ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России д.м.н., профессор А.Б. Пальчик

УДК 616.89-053.2
ББК 56.14
57.3

Утверждено учебно-методическим советом Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Выпускается при поддержке Фонда научно-образовательных инициатив
«Здоровые дети – будущее страны»

ISBN 978-5-907184-95-4

© СПбГПМУ, 2020

ВВЕДЕНИЕ

В детском возрасте часто начинаются различные нервно-психические расстройства, которые должен уметь распознать педиатр.

Наблюдая ребенка первых лет жизни, педиатру необходимо правильно оценить его психомоторное развитие, распознать парциальные моторные и речевые отклонения, умственную отсталость в случае их наличия. При необходимости – назначить скрининговые пробы (например, диагностическую реакцию Фелинга при подозрении на фенилкетонурию). Может потребоваться ответ родителям о дальнейшем обследовании или лечении ребенка (не внушая ложных надежд при глубокой отсталости и обозначая четкий план действий по стимуляции развития психики при легкой отсталости и задержках развития), своевременное направление к специалисту (логопеду при недоразвитии речи, психиатру и др.), ответ родителям о возможности рождения здорового или больного ребенка в дальнейшем.

До трех лет проявляются различные пароксизмальные состояния (спазмофилия, аффективно-респираторные припадки, судороги при инфекциях, интоксикациях, травмах, вакцинации, а также эпилептические припадки). В дошкольном возрасте возникают прохождения, сногворения, ночные беспокойства, пикнолептические абсансы, истерические припадки, пароксизмы, резидуально-органического происхождения. Педиатр должен уметь распознать эти пароксизмальные состояния и эпилепсию у детей. Необходимо знать схему борьбы с эпилептическим статусом.

До трех лет может быть распознана невропатия, а иногда и ранние невротические реакции. Эти проявления своеобразные, рудиментарные, часто наблюдаются в форме двигательных и соматовегетативных нарушений, иногда имитируя соматические заболевания (субфебрилитет, нарушения стула, аппетита и т.д.).

При инфекционных болезнях в дошкольном возрасте в ряде случаев возникает тревога, сновидные переживания. После инфекционного заболевания могут развиваться резидуальные состояния, предохранить от которых во многих случаях могут лечение и режим. Педиатр должен уметь распознать у детей основные симптомы и синдромы психических заболеваний, клинически грамотно описать их, знать приемы правильного удержания возбужденного ребенка или подростка и медикаментозные методы борьбы с возбуждением.

Помимо этого, педиатру необходимо знать особенности течения соматических заболеваний у психически больных детей и подростков, а также побочные эффекты и осложнения при лечении психофармакологическими препаратами.

1. ШИЗОФРЕНИЯ

Шизофрения – эндогенное психическое заболевание, характеризующееся хроническим прогрессирующим течением, сочетанием специфических основных и дополнительных симптомов и изменениями личности.

Шизофрения является процессуальным заболеванием. Прогрессирующее течение обуславливает динамику основных симптомов: диссоциации, аутизма, структурных нарушений мышления и эмоционально-волевых расстройств и приводит к более или менее выраженному регрессу психики и личности.

Шизофрения начинается чаще всего в 20-25 лет. Встречается в среднем у 1% взрослых, у детей и подростков реже – 1,66 на 1000 в возрасте от рождения до 14-лет. Чем меньше возраст, тем больше преобладают мальчики.

Функционирование связываемых с шизофренией биологических механизмов возможно уже во внутриутробном периоде и влияет на постнатальное развитие – примерно у 50% детей, родители которых больны шизофренией обнаруживаются отклонения в психическом развитии (шизофренический дизонтогенез). Но клинические проявления шизофрении как психического заболевания возможны не ранее достижения определенного уровня развития психики, обычно связываемого с возрастом 3-5 лет. Риск заболевания повышается в критические периоды развития, а также при неблагоприятных перинатальных и социально-средовых влияниях.

В этиопатогенезе важна роль наследственного фактора, определяющего нейродизонтогенез – функциональную недостаточность нервной системы вследствие нарушения ее развития (дифференцировки нейронов, развития функциональных мозговых систем, обмена дофамина, серотонина, глутамата). Нейродизонтогенезу может способствовать действие неспецифических внешних факторов в пренатальном и родовом периоде (вирусные инфекции, интоксикации, стрессовые факторы). Нейродизонтогенез обуславливает функциональную уязвимость организма и психики.

Согласно биопсихосоциальной модели (Циркин С.Ю., 1995, 1998; Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., 1996, 2008; Незнанов Н.Г., 2007), заболевание развивается как последовательная эволюция от уязвимости к психопатологическому диатезу и от диатеза к болезни в результате различных неспецифических стрессорных воздействий. К последним относятся не только «экстремальные» раздражители, но и состояния организма, воздействия окружающей среды, обыденные события и психосоциальные воздействия (которые для лиц с уязвимостью становятся стрессорами).

Уязвимость в биологической или психологической сферах предрасполагает к перенапряжению и истощению адаптационно-компенсаторных ресурсов под действием стрессоров. Вначале возникают неспецифические и неглубокие нарушения адаптационно-компенсаторных ресурсов – проявления *психопатологического диатеза*. Дальнейшее воздействие стрессоров приводит к срыву адаптации – возникает дебют болезни. Функционирование переходит к филогенетически более древним формам (продуктивная симптоматика) либо обедняется (негативная симптоматика).

Течение

Чем менее зрелый организм, тем его реакции менее специфичные и более диффузные. Эта общебиологическая закономерность определяет не только качественные особенности симптоматики, но и особенности клинического оформления и динамики. Выделяют три основных типа течения шизофрении:

- При *непрерывно-прогредиентном течении* ремиссии отсутствуют. На первый план выходят основные симптомы. По скорости их нарастания различают злокачественное, прогредиентное и малопрогредиентное течение.

Малопрогредиентный вариант наиболее благоприятный. Основная симптоматика невыраженная, дополнительные симптомы менее тяжелые (деперсонализация, неврозоподобные, психопатоподобные нарушения), прогноз относительно хороший. Поэтому заболевание с этим типом течения выделено в МКБ-10 в отдельную рубрику – *шизотипическое расстройство* (F21).

- *Приступообразно-прогредиентный тип*. Эмоционально-волевые изменения нарастают после острых приступов. Последние проявляются эмоционально насыщенными галлюцинациями, бредом, психическими автоматизмами.

- При *рекуррентном* течении возникают острые приступы с яркой полиморфной симптоматикой (аффективно-бредовые, онейроидно-кататонические). Ремиссии относительно качественные, изменения личности и проявления дефекта слабые, поэтому данный тип считается благоприятным. Периодичность течения и отсутствие грубого дефекта сближает эти формы с аффективными расстройствами.

К шизофрении с рекуррентным типом течения примыкает *шизоаффективное расстройство*. Оно характеризуется периодическим развитием острых приступов, в структуре которых присутствует и аффективная, и шизофреническая продуктивная симптоматика. Основные симптомы и проявления дефекта еще менее выраженные, чем при рекуррентной шизофрении. В связи с этим данное заболевание выделено в отдельную рубрику МКБ-10 (F25).

В соответствии с возрастными особенностями клиники и течения, выделяется:

- Ранняя детская шизофрения – начало в 3–5 лет.
- Шизофрения препубертатного возраста – начало в 9–11 лет.
- Шизофрения пубертатного возраста – начало в 12–15 лет.

Начало в дошкольном и раннем школьном возрасте (6–9 лет) наблюдается крайне редко.

Ранняя детская шизофрения имеет общие клинические особенности:

- Имеется период нормального развития.
- Начальные проявления сопровождаются приостановкой развития – общее интеллектуальное отставание, регресс с возвращением инфантильных проявлений.
- Облигатные симптомы наблюдаются с начала болезни.

- Характерна кататоническая, гебефренная, неврозоподобная симптоматика, патологические фантазии. Галлюцинаторно-бредовые нарушения рудиментарные.
- Дефект состоит из двух компонентов: 1) задержка психического развития и 2) шизофренические негативные симптомы и изменения личности.
- Дефект наступает тем быстрее, чем раньше начало.
- Прогноз хуже при начале с эмоционально-волевого снижения и аутизации.

Клинические проявления

Выделяют основные и дополнительные симптомы шизофрении.

Основные (облигатные) симптомы являются клиническим выражением схизиса. К ним относятся аутизм, амбивалентность, эмоциональные нарушения и нарушения структуры мышления. Их наличие обязательно для шизофрении.

- Шизофренический аутизм – нарастающее погружение в мир качественно особых, оторванных от реальности внутренних переживаний. У одних больных он проявляется ограничением или прекращением общения, у других – чрезмерной открытостью, обнаженностью («аутизм наизнанку»). На начальных этапах или при нетяжелом течении болезни формальный контакт может сохраняться и даже оживляться, но резко страдает эмоциональная, интуитивная сторона общения, сопереживание и чувство реальности (симптом регрессивной синтонности). Реальность существует параллельно с внутренним миром, оказывая все меньшее влияние на содержание переживаний и поведение. За невыразительным, блеклым или вычурно-странным поведением нередко скрывается насыщенный, сложный и своеобразный мир переживаний и фантазий. В отличие от фантазий здоровых детей – аутистические чрезвычайно стойкие, пронизывают все поведение и практически лишают ребенка возможности поведения, адекватного реальной ситуации.

- Расщепление выражается в нарушении или утрате психического единства личности, появлении амбивалентности. Это проявляется на уровне психики в целом и отдельных ее свойств и функций, составляя основу болезненной странности, разлаженности, парадоксальности внутренней жизни и поведения. Ребенок может стесняться помочиться в детском саду, но сделать это посреди людного сквера или плакать из-за срубленного дерева – «оно ведь живое», но спокойно отнестись к смерти близкого человека – «все люди когда-нибудь умирают». Подобные сочетания чрезвычайной «мимозной» ранимости, хрупкости и холодного рассудочного бесчувствия старые психиатры образно и точно обозначили как изменения типа «дерево и стекло». Начиная с подросткового возраста при остром развитии диссоциации может возникать специфическое чувство «схожу с ума» с растерянностью и поиском помощи. Диссоциация затрагивает не только психику, но и психомоторику, проявляясь рассогласованностью выразительных движений, в том числе и мимики. Это часто лишает возможности оценить эмоциональное состояние пациента и создает впечатление причудливой нарочитости, манерности, вычурности.

- Эмоциональное поведение часто производит впечатление «эмоциональной тупости», что в значительной мере связано с диссоциированным и аутистическим содержанием переживаний и их поведенческих и выразительных проявлений.

- Изменения мышления наряду с диссоциацией и аутичностью включают в себя проявления болезненного отчуждения и психического автоматизма (насильственность, ментизм), атаксию и шизофазию, неологизмы. Резонерство и метафизическая интоксикация в раннем возрасте проявляются в форме стереотипных и назойливых вопросов («Как будет по-немецки – стол? два стола?»), необычном для возраста интересе к тем или иным наукам и рассуждениям на эти темы. У части больных необычно рано появляется интерес к проблеме смерти – то со страхом, то с любопытством и холодным рассуждательством о ней. У одних детей речь характеризуется необычно ранним развитием, сложностью и «взрослостью», у других – поздним и бедным развитием или мутизмом. Часты стереотипии, персеверация, эхолалия.

Нарушения побуждений и воли выражены тем более, чем тяжелее протекает заболевание. Проявления гипо- и абулии в виде безразличия к окружающему, потускнения интересов, снижения поведенческой активности и инициативы могут сочетаться с парабулиями или парциальной – в сфере болезненной мотивации – гипербулией.

Дополнительные симптомы определяют клиническую форму заболевания. Они не являются обязательными для шизофрении. Большинство из них встречаются при других расстройствах. Однако при шизофрении они приобретают характерные клинические особенности, в связи с наличием схизиса.

Кататонические нарушения встречаются наиболее часто. Они представлены акинезией или субступором, либо возбуждениями – нелепой расторможенностью, стереотипным бегом по кругу, прыганьем и т.д. Чем тяжелее заболевание, тем более вероятны и грубы нарушения влечений и побуждений: пищевого, самосохранения, сексуального. Ребенок может играть собственными экскрементами или брать их в рот, недостаточно избегать болевых раздражителей или стремиться к их получению, даже причинять боль самому себе, садистически издеваться над животными и людьми, проявлять сексуальность к родителям и т.д. Контакт сохраняется лишь с матерью. От «шалостей и невоспитанности», как нередко расценивают эти проявления родители и воспитатели, их отличает импульсивный, немотивированный и стереотипный характер.

В структуре гебефренических нарушений наблюдается дурашливость, манерность, нелепость мимики и действий, двигательное и речевое возбуждение (кривляется, гримасничает, кричит, совершает бессмысленные действия), «холодная» эйфория (нелепый хохот, гримасы вместо улыбки), импульсивные действия (внезапно стремится ударить).

Навязчивые явления, в отличие от невротических, не имеют связи с реальностью и с личностью ребенка, возникают без эмоционального сопровождения (переносит спокойно, нет «борьбы»), стереотипные («Зачем люди живут?»), нелепые (целование порогов, обнюхивание обуви). Их содержание может быть

абстрактным (подсчеты, перечисления, классифицирование) или утрированно-магическим (заклинания, молитвы) характером и, нередко, нелепым (целование порогов, обнюхивание обуви, страх заразиться от родителей).

Фобии отличаются от обычных детских и невротических страхов немотивированностью и причудливостью (страхи дверных ручек, портрета матери, предметов определенного цвета, чем-либо заразиться от родителей, раздавить что-либо живое при ходьбе).

Депрессия возникает редко. Лишь в начале заболевания проявляется витальная тоска или тревога. На отдаленных этапах или при более тяжелом течении преобладает деперсонализация или апатический компонент. Нередко она сопровождается необычной для возраста рефлексией и точным словесным описанием: ребенок 3,5 лет говорит: «Мне так тоскливо. Пусть меня полечат».

Деперсонализация отмечается с трех лет: «неясность», «туманность» восприятия окружающего, ощущение остановки или ускорения времени, отсутствие чувства сна, утрата сознания своего пола, восприятие частей тела как не относящихся к себе (Башина В.М., 1978). Проявления чаще рудиментарные, преимущественно в соматопсихической форме («Ушки и ручки лягут спать»).

При тяжелом течении наблюдаются грубые нарушения влечений и побуждений: больные играют собственными экскрементами или берут их в рот; не избегают боли или стремятся к ее получению, причиняют боль самому себе; садистически издеваются над животными и людьми; проявляют сексуальность к родителям.

Вероятность развития и диагностики галлюцинаторных и бредовых расстройств повышается с возрастом; у дошкольников они встречаются реже и труднее распознаются на фоне свойственных возрасту образности мышления, фантазирования, игровой мотивации поведения. У младших детей трудно различить истинные и псевдогаллюцинации, бред носит несистематизированный характер и проявляется в бредоподобных, связанных с игровой фабулой, фантазиях. Диагностике помогает необычный характер игр и фантазий (волшебный лес, населенный силелями, подпорезами, дунилами, тугифами, квакузинами, зоопрами, имеющими свой язык, законы, обычаи, деньги), некорректируемость и длительность игровых перевоплощений, ограничение произвольности и свободы ролевого поведения. Так, многие здоровые дети играют «в собачку» или «в кошечку», но у ребенка с шизофренией такая игра затягивается на недели и месяцы, он не отзывается на свое имя, ест без помощи рук.

Диагностика шизофрении у детей настолько же трудна, насколько ответственна. Ценой гипердиагностики может быть грубая социальная дезадаптация здорового ребенка, ценой гиподиагностики – упущение возможностей лечения и коррекций.

Диагностические возможности традиционной клинической беседы тем более ограничены, чем младше ребенок. Особое внимание при расспросе родителей обращается на динамику развития и поведения ребенка.

Непосредственное наблюдение лучше начать с предоставления ребенку полной свободы действий, обращая при этом внимание на его отношение к

предметам и людям, проявления эмоциональных реакций, степень активности, инициативы, разнообразия и адекватности поведения. Затем полезно оценить реакцию ребенка на обращение, просьбу и распоряжение, уход матери, болевые раздражения и т. д. Последующее направленное общение и игра с ребенком позволяет уточнить и углубить уже сложившееся впечатление. Немалую помощь оказывает анализ игры, спонтанного творчества и творчества по заданию – в первую очередь рисования.

Ранняя детская шизофрения имеет два клинико-динамических типа.

1. *Непрерывно-прогредиентный тип*. Начинается постепенно или подросто. Течение злокачественное. Основу клинической картины составляет специфический регресс психики. Исчезают живость и непосредственность: ребенок становится все менее активным, более отгороженным, безразлично-холодным или враждебным к сверстникам, взрослым и родителям. Сюжетно-ролевые игры вытесняются механическим манипулированием игрушками или домашними предметами либо патологическим перевоплощением. Длительные застывания в одной позе могут сменяться кататоническим возбуждением. В поведении и речи нарастают стереотипии персеверации, вычурность, эхολалии и эхопраксии. Галлюцинаторно-бредовые расстройства отсутствуют либо рудиментарные.

Быстро (через 1–2 года) формируется олигофреноподобный дефект (особенно при раннем начале). Утрачиваются приобретенные до болезни навыки и умения: ребенок может стать неопрятным, называть себя во втором или третьем лице, пользоваться глаголами только в инфинитиве («дать», «пить»), утрачивать навыки речи. В отличие от умственной отсталости, сохраняется осмысленное выражение лица. Прогноз неблагоприятный.

При *малопрогредитном* течении дети перестают общаться со сверстниками, сохраняют контакт лишь с матерью, уходят во внутренний мир аутистических фантазий. Эмоции становятся неадекватными и амбивалентными. Обедняется спонтанная речь, появляется манерность речи. Мимика вялая. Моторика лишена детской естественности, своеобразная (неловкая, угловатая, вычурная). Поведение непонятное, противоречивое, импульсивное, иногда с беспричинной агрессивностью. Нарушения мышления проявляются резонерством, негрубой разорванностью, бессмысленным рифмованием, стереотипным повторением слов. Хорошие интеллектуальные способности не применяются в игровой и другой деятельности. Интересы и увлечения своеобразные и необычные, опережающие свой возраст (языки, математика, астрономия, творчество). Нередки навязчивые переживания и поведение.

Наблюдается специфическая аутопсихическая деперсонализация в форме патологического перевоплощения (в животное, какой-либо персонаж):

- *Говорит, что он – лошадь, просит кормить его только овсом.*
- *Считает себя котенком, мяукает, старается есть по-кошачьи.*

В отличие от здоровых детей, крайне затруднено или невозможно переключение от игры на действительность. Перевоплощение эмоционально не окрашено.

Другое характерное проявление – синдром расщепления личности (Симсон Т.П., 1948). Вторая личность существует параллельно первой:

- *Девочка Нисик, четырех лет, говорит: «Я сижу с Нисиком, она боится деток», «Я съела конфетку, а сейчас Ниночка будет кормить Нисика», «У меня в супе еще осталась картошка, а вот Нисик все скушала».*

Прогноз относительно благоприятный. Задержка развития и дефект не достигают грубой степени. Отмечается психический инфантилизм и эмоциональная недостаточность. Сохраняются черты предыдущих возрастных этапов, детский внешний вид, поведение, детские привычки более раннего возраста (сосание пальца, лепетная речь). Чрезмерно привязаны к матери. В общении предпочитают детей более младшего возраста. Могут производить впечатление «чужаковости», «непонятности».

2. *Приступообразно-прогредиентный тип.* В преморбидном периоде часто отмечается раннее, быстрое и неравномерное развитие психики и интеллекта (к 2–3 годам возможности, соответствующие возрасту 4–7 лет).

Наблюдаются относительно развернутые галлюцинации («В чае сидел лягушонок, а теперь он в животике квакает»), бредовые нарушения (бред чужих родителей, перевоплощения, бредоподобные фантазии), психические автоматизмы («заставляют думать, делать, говорить»), аффективные расстройства. Встречаются сенестопатии и нигилистический бред («Ручки выворачивает»; «Животик болит – в нем ничего нет»). Нарушения мышления и речи проявляются в виде «игры словами», атактических элементов, неологизмов.

Прогноз более благоприятен, чем при первом типе. Обилие, сложность и развернутость симптоматики сочетаются с продолжающимся развитием психики. Будучи своеобразными, чужаковатыми, замкнутыми, больные довольно успешно учатся, продуктивно работают.

Дифференциальный диагноз ранней детской шизофрении.

Детское дезинтегративное расстройство (синдром Геллера) связано с прогрессирующим деструктивным поражением головного мозга, приводящим к глубокому тотальному слабоумию. После 2–4 лет нормального развития, без каких-либо видимых причин, происходит катастрофически быстрое (месяцы) ослабумливание с почти полным распадом и утратой приобретенных навыков.

Синдром Каннера связан преимущественно с анте- и перинатальными экзогенно-органическими вредностями. Окончательное формирование клинической картины происходит в возрасте 2–3 лет. Недостаточность эмоционального и зрительного контакта, своеобразие психомоторики и двигательные стереотипии, стремление к сохранению и поддержанию неизменности окружения образуют комплекс наиболее типичных проявлений. Нарушения отношений и общения проявляются на всех уровнях деятельности (предметном, игровом, коммуникативном). Речь, развиваясь с задержкой или своевременно, обнаруживает выраженное своеобразие в виде отсутствия звукоподражательных и звукоизбирательных слов, периодов отказа от пользования речью и недостаточности речевого контакта, своеобразного интонирования, непосредственных и отсро-

ченных эхололий, задержки развития личных грамматических форм («они», «мы», «ты», «я»). Внимание крайне избирательное. При высокой механической памяти затруднено непосредственное и смысловое воспроизведение. Восприятие целостных образов, в частности, человеческой мимики, затруднено. Характерно западение предметного праксиса, невербальных навыков и операций.

От шизофрении синдром Каннера отличается появлением уже на первом году жизни, отсутствием основных симптомов шизофрении и процессуальности, положительной динамикой развития психики и личности.

Атоническая форма умственной отсталости напоминает шизофрению благодаря аспонтанно-апатическому или акатизическому поведению, отсутствию интереса к окружающему, недостаточности эмоциональных реакций, ослаблению или утравированию инстинктивных проявлений. Отличается наличием грубой апрозексии, эпилептиформных припадков, органической ригидности и застреваемости, иной структурой интеллектуальной недостаточности и эмоционального реагирования, отсутствием прогредиентности.

Отличению от шизофрении ряда *дифференцированных форм умственной отсталости* (фенилкетонурия, гаргоилизм, синдром Леша-Нихана и др.) помогают характерные внешние стигмы и данные лабораторных исследований.

Препубертатная шизофрения начинается подостро или постепенно, течет непрерывно или приступообразно. Вялое течение может долго давать повод для диагностики невроза. В продромальном и начальном периодах на первый план могут выходить неврозоподобные и психопатоподобные нарушения поведения, затруднения в учебе и снижение интереса к ней. Клиническая картина более сложная, чем у дошкольников. Переживания бредового круга часто представлены массивными бредоподобными фантазиями, ипохондрическим бредом. Порой пациенты вовлекаются в асоциальные компании.

Пубертатная шизофрения характеризуется преимущественно острым и подострым началом и приступообразным течением.

Ряд особенностей клинической картины связан с полом, ретардацией или акселерацией развития. В ней отражаются и характерные черты самого пубертатного периода: с подростковой потребностью в автономности и самоопределении связано утравирование негативизма и асоциальности, с интенсивным осмыслением жизни – метафизическая интоксикация, с вниманием к своему физическому развитию – дисморфофобии. Учащаются сексуальные нарушения и болезненные переживания с сексуальной тематикой. Прогноз зависит от формы и типа течения.

Характерна развернутость симптоматики и ее чрезвычайный полиморфизм в рамках одного приступа. Первые приступы могут включать в себя помрачения сознания по онейроидному типу и аффективные нарушения.

В структуре бредовых нарушений встречается ипохондрический бред (часто касающийся сердца и половых органов), бред чужих родителей, дисморфоманический бред («уродство» как результат дурной наследственности, плохого воспитания, отсутствия заботы родителей или другого плохого влияния; непри-

ятные запахи, которые «замечают» окружающие), идеи отношения и преследования (смотрят, надсмехаются из-за «дефектов» внешности или каких-либо поступков подростка).

Гебефрено-кататонические проявления представлены нелепой дурашливостью, кривляньем, манерностью, гримасничаньем, «холодной» эйфорией.

При *малопрогредиентном течении* отмечается постепенное начало заболевания с развитием психопатоподобных и неврозоподобных нарушений.

К психопатоподобным нарушениям относятся:

- Синдром нарастающей шизоидизации: замкнутость, снижение успеваемости, патологические увлечения (вычерчивание планов, стереотипное рисование, нелепое коллекционирование, блуждания по городу, физические упражнения). Напряженная деятельность в рамках увлечения и непродуктивность (отсутствие результатов).

- Гебоидный синдром: негативизм к правилам и нормам общественной жизни, эмоциональное огрубление по отношению к окружающим, антисоциальное поведение, расторможенность влечений, инфантилизм.

- Истероидный синдром: манерность эмоций и поведения, патологические фантазии. Проявления стереотипные, без учета обстановки, нелепые, вычурные.

- Эпилептоидный синдром: холодная жестокость, нарушения влечений и повышенное внимание к своему здоровью.

- Синдром неустойчивого поведения: праздность, уклонение от учебы, поиск простых удовольствий, равнодушие к близким, асоциальное поведение. От неустойчивого расстройства личности отличается протестными и нонконформистскими рассуждениями.

К неврозоподобным нарушениям относятся:

- Аноректический синдром: упорный отказ от пищи либо патологическая диета. Причина отсутствует либо дисморфоманическая идея. Особенностью анорексии при шизофрении является vomитомания – стойкое стремление к вызыванию рвоты с получением удовольствия от самого этого акта.

- Синдром метафизической интоксикации: непрерывные размышления о философских проблемах (смысл жизни, предназначение человека, улучшение жизни людей). В основе лежит резонерское мышление. Активность в изучении вопроса и знания отсутствуют.

- Астено-анергический синдром (Глатцеля-Хубера): нарушение управляемости мышления, деперсонализация и сенестопатии. Жалобы на чувство интеллектуальной несостоятельности (невозможно сосредоточиться, трудно читать, понимать, формулировать мысли, приходится «контролировать» процесс мышления).

- Деперсонализационный синдром: ощущение измененности собственного я («как автомат», потерял чувства), своего тела (исчезновение ощущений, изменение схемы тела), затрудненность восприятия окружающего мира (бесцветность, отдаленность, измененность). Специфическим ранним вариантом является *симптом диалогического расщепления я* – переживание разделения

личности на автономные субъективности и возникновения произвольных мысленных диалогов между ними (Давтян Е.Н., Ильичев А.Б., Давтян С.Э., 2017).

- **Обсессивно-фобический синдром:** навязчивые мысли абстрактного содержания, яркие зрительные представления (агрессивные, аутоагрессивные, сексуальные), сложные длительные ритуалы, навязчивые страхи (загрязнения, заражения, сойти с ума). Навязчивости неодолимые. Действия совершают открыто, без стеснения, внутренней борьбы. Могут требовать выполнения ритуалов от окружающих.

- **Астено-ипохондрический синдром:** неврастеноподобное состояние (монотонное ощущение нездоровья, слабости до изнеможения), ипохондрические идеи на фоне вычурных сенестопатий («селезенка выпячивается», «мозг шевелится», «в затылке жидкость переливается», «перегородка в животе»).

Терапия

Применяется комплексная терапия, включающая в себя биологические методы (медикаментозные и нелекарственные), психосоциальную реабилитацию, психотерапию, клиничко-социальные мероприятия, психообразование.

На этапе купирующей терапии основной группой препаратов являются нейролептики. Предпочтительна монотерапия. Лечение первого эпизода болезни следует проводить атипичными антипсихотиками. Во избежание экстрапирамидных побочных эффектов следует выбирать наиболее переносимый препарат. При их развитии применяются корректоры (Циклодол, Акинетон и др.).

Для поддерживающего (противорецидивного) лечения могут применяться препараты пролонгированного действия (Галоперидол-деканоат, Клопиксол-депо, Палиперидона пальмитат и др.), обеспечивающие терапевтическое действие в течение 2–4 недель после в/м введения). Ряд препаратов обладает некоторым действием в отношении негативных симптомов (Сульпирид, Оланзапин, Кветиапин, Зипразидон. Сертиндол, Арипипразол).

2. АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Аффективные расстройства – группа эндогенных психических заболеваний, основным проявлением которых являются первичные нарушения настроения – маниакальные и депрессивные состояния.

Э. Крепелин (1899), наряду с ранним слабоумием, выделил самостоятельный маниакально-депрессивный психоз (МДП) – эндогенное психическое заболевание, характеризующееся циркулярным (фазным) течением, проявляющееся маниакальными и депрессивными фазами, разделенными светлыми промежутками (интермиссиями). Важнейшим признаком МДП является отсутствие изменений личности и психической деградации.

Распространенность аффективных расстройств составляет 0,45–0,49 на 1000. Среди всех больных с психозами они составляют от 5% до 25%.

У детей эти заболевания практически не встречаются, у подростков наблюдаются значительно реже других психозов.

У детей продолжительность фаз и интервалы между ними короче, чем у взрослых (от 2–3 до 15 дней). Часто психоз протекает без светлых промежутков. Иногда за серией фаз следует многомесячный перерыв с полным психическим здоровьем.

У подростков фазы, особенно депрессивные, более продолжительные – до нескольких месяцев, а интервалы между ними могут длиться годами. Суточные колебания настроения менее характерны, а расстройства сознания на высоте мании или депрессии – явление более обычное, чем у взрослых.

Механизмы этиопатогенеза в целом сходны с теми, которые имеются при шизофрении. Играет роль наследственная предрасположенность, определяющая структурную и функциональную слабость нервной системы. В большинстве случаев у кровных родственников имелось либо то же, либо родственные аффективные заболевания. Наследственная отягощенность обнаруживается в более чем 60% случаев.

Течение определяет нозологическую разновидность заболевания.

- Биполярный тип – развиваются как депрессивные, так и маниакальные фазы, разделенные между собой фазами интермиссии.
- Монополярный депрессивный тип – наблюдаются только депрессивные фазы, разделенные между собой фазами интермиссии.
- Континуальный тип – течение с отсутствием интермиссий.

Заболевание с биполярным и континуальными типами носит название «Биполярное аффективное расстройство». В МКБ-10 оно кодируется как F31.

При монополярном депрессивном типе устанавливается диагноз «Рекуррентное депрессивное расстройство – F33».

Дебют заболевания (первая фаза), когда тип течения еще не определен, обозначается как «Депрессивный эпизод» – F32 или «Маниакальный эпизод» – F30.

Возрастные особенности маниакальных состояний:

- Преобладание атипичных маний. Двигательное и речевое возбуждение преобладает над повышением настроения. Характерна неутомимость и повышенная энергичность на фоне резкого снижения сна.
- Наличие нарушений поведения, склонность к рискованному поведению.
- Утрата чувства дистанции, особенно при общении со взрослыми.
- Выраженная расторможенность влечений: полового, пищевого, сенсорная жажда.
- Утрированность мимических реакций и жестикуляции (однако эти проявления соответствуют контексту ситуации).
- Переоценка своих интеллектуальных и физических сил и возможностей.

Маниакальное состояние характеризуется повышенно-веселым настроением, переживанием неизмеримой радости, бодрости, энергии. Подростки отме-

чают у себя хорошее самочувствие, говорят о своей силе, ловкости, исключительных способностях. Окружающее кажется им более интересным, привлекательным. Не замечают своих недостатков или легко их оправдывают. Психическое возбуждение проявляется в быстрой смене мыслей, многоречивости, склонности к рифмованию. Ассоциации возникают по созвучию, по внешним признакам. Мышление поверхностное, внимание легко отвлекаемое. Характерна склонность к гневливости и раздражительности, гримасничанью и клоунаде. Идеи переоценки собственной личности, способностей, внешних данных очень неустойчивые.

Мании у подростков атипичные. Лишь у старших подростков отмечаются типичные «солнечные мании» с безоблачным и заразительным весельем.

Для *гневливой мании* характерны: раздражительность, агрессивность. Гневливость и раздражительность бывают настолько сильными, что заслоняют другие симптомы мании. О повышенном настроении приходится судить по самоуверенной осанке, бесцеремонности и бесстрашию в острых ситуациях. Повышенная активность проявляется в непрерывных драках и перебранках – задевают, пристают, проявляют агрессию то к одним, то к другим.

При *делинкветной мании* характерно повышение общительности, активности, постоянное стремление к поиску новых ощущений, развлечений, знакомств. Домашняя обстановка, привычный круг общения становятся тесными и скучными, систематический труд – непереносимым. В поисках развлечений подростки стремятся на улицу, где проводят время в асоциальных компаниях. Появляется алкоголизация, интенсивные и беспорядочные сексуальные связи. Жажда новых ощущений толкает их на правонарушения (угон автомашин и мотоциклов, драки, кражи, ограбления). По прошествии нескольких недель поведение резко меняется – возвращаются в семью и к учебе, становятся дисциплинированными, не могут объяснить прежних поступков, иногда обнаруживают признаки депрессии.

Возрастные особенности депрессивных состояний:

- Преобладание двигательных и соматовегетативных симптомов (снижение веса, запоры, нарушения сердечного ритма, головные боли, энурез), частое появление психосоматических эквивалентов депрессии.
- Изменение настроения – появление тоски, тревоги, раздражительности.
- Суточные колебания (в утренние часы проявления более выражены).
- Ангедония.
- Нарушение сна и аппетита.
- Появление самоповреждающего поведения.
- Суицидные мысли.
- Регресс психомоторного развития.
- Переход к более примитивным играм.
- Появление трудностей в обучении.
- Появление немотивированных нарушений поведения.

В дошкольном возрасте дети становятся капризными, вялыми, плаксивыми, безынициативными. Основное диагностическое значение имеет изменение характерологических проявлений: веселый, общительный, подвижный ребенок неожиданно становится плаксивым, медлительным, замкнутым; ласковый и доброжелательный – злым, драчливым, ворчливым; любознательный и активный – безразличным, чрезмерно послушным. Меняется внешний облик ребенка, что выражается не только в похудании, бледности кожных покровов и синеве под глазами, но и в понурой или напряженной позе, угрюмом или грустном выражении лица, беспокойном или потухшем взгляде. Утрачивается оживленность при встрече со знакомыми, ребенок отказывается от совместных игр с другими детьми, не хочет отвечать на вопросы. Пропадает интерес к занятиям, которые ранее приносили удовольствие: игры, чтение книг, просмотр телевизора. Изменяется характер игры: склонные к шумным, подвижным играм дети охотнее играют в одиночестве, избегают игр, требующих интеллектуального напряжения и внимания; дошкольники отказываются от любимых и новых игрушек, игра становится более примитивной. Появляются нарушения сна. Утрачиваются навыки опрятности, которые ранее были приобретены. Усиливается боязливость и тревога. Могут появляться сосание пальца, обкусывание ногтей, выдергивание волос, мастурбация. Возможно появление приступов страха, немотивированного плача, тенденция к изоляции.

В младшем школьном возрасте отмечается снижение настроения, двигательная заторможенность. Идеаторная заторможенность проявляется жалобами на ухудшение памяти и внимания, трудностями в усвоении материала, снижением успеваемости. Не могут сосредоточиться, крайне рассеянные, забывают приготовить уроки, принести в школу тетради и учебники, жалуются на поглупение: «Память испортилась, совсем глупая стала», «Не умею учиться», «Силюсь понять и не понимаю».

Депрессии в подростковом возрасте крайне разнообразные, впоследствии зачастую эти состояния могут быть отнесены к различным нозологическим формам.

Возможно появление классических депрессивных фаз, характеризующихся депрессивной триадой. Подростки становятся тоскливыми, испытывают неприятные ощущения в разных частях тела, общую слабость, жалуются на свою бесполезность, скуку, считают себя виноватыми перед родителями, учителями, товарищами. Иногда преобладает не тоска, а немотивированная тревога, тягостное напряжение, беспокойство. Возникает чувство угрозы себе и близким. Появляются суицидальные мысли и намерения.

В ряде случаев у подростков на первый план выступает астено-апатический синдром с выраженной утомляемостью, неспособностью сосредоточиться, затруднениями в учебе, вялостью, бездеятельностью, утратой интереса к любимому занятию. На этом фоне могут предъявляться ипохондрические жалобы.

Характерна двигательная заторможенность. Подростки сторонятся людей, подолгу сидят в согбенной позе, со скорбной мимикой. Речь тихая, замедлен-

ная, часто шепотная. Заторможенность распространяется и на интеллектуальную сферу. Внимание привлекается с трудом. Течение мыслей замедленное, затруднено воспроизведение представлений. Услышанное и прочитанное воспринимается плохо.

Часто депрессивные расстройства проявляются атипично: депрессии по типу юношеской астенической несостоятельности, гебоидные, юношеские деперсонализационные, дисморфофобические, метафизические, психастеноподобные депрессии.

Дифференциальная диагностика проводится с шизофренией с рекуррентным типом течения, при которой развиваются острые приступы с галлюцинациями, бредом, психическими автоматизмами, онейроидно-кататоническими нарушениями. В ремиссиях постепенно развиваются симптомы психического дефекта.

Маниакальную фазу следует дифференцировать с интоксикационными психозами – наличие экзогенного этиологического фактора, чаще атипичная клиническая структура мании, наличие астенических проявлений.

Дифференциальный диагноз депрессивной фазы:

- Инволюционная депрессия – развивается в инволюционном периоде, чаще всего однократно, но со склонностью к затяжному течению. Клиническая структура атипичная – преобладает тревожное возбуждение (ажитированная депрессия). Характерно развитие бреда Котара. К депрессивным идеям могут присоединяться идеи обвинения и осуждения больных окружающими.

- Реактивная депрессия – присутствует триада К. Ясперса, не характерны эндогенные суточные колебания настроения и ранние пробуждения.

- Соматогенные психозы – имеется соматогенный фактор, клиническая структура депрессии атипичная, с наличием анергии, астении.

От эндогенной депрессии следует отличать характерный для подростков *периодический диэнцефалопатический психоз*, описанный Р.Я. Голант (1941). Он протекает сериями коротких приступов. В клинической картине доминируют аффективные состояния, расстройства сознания и соматовегетативные нарушения. Психозы имеют тождественную картину и повторяются через равные промежутки времени.

Причиной является поражение диэнцефальной (гипоталамической) области (последствия черепно-мозговых травм, менингоэнцефалитов, кистозных арахноидитов, гриппа, малярии, опухолей, эндокринных заболеваний с нарушением функционирования гипоталамической области). Первичная слабость диэнцефальных структур нередко наследственная, а экзогенные вредности лишь провоцируют психоз.

Продромальный период наблюдается редко и протекает в виде головных болей и расстройств сна. Клиническая картина развернутого психоза складывается из периодических смен кратковременных маниакальных и депрессивных состояний, сочетающихся со сновидными расстройствами сознания и резко выраженными соматовегетативными расстройствами. Резкий страх может сме-

няться восторженно-экстатическим состоянием (Р.Я. Голант). Сумеречные состояния сознания (С.С. Мнухин) повторяются со строгой периодичностью. У некоторых больных чередуются резчайшие апатодинамические (вплоть до ступора) состояния и эйфорически окрашенные состояния двигательного возбуждения. Выражены психосенсорные расстройства: «потолок, стены рушатся», «земля вспухает». Иногда изменяется чувство времени, отмечается деперсонализация, зрительные иллюзии и галлюцинации.

Сон нарушен. Влечение к еде резко усилено, иногда извращено. Больные почти не спят или засыпают на короткое время. Отмечаются полидипсия, высокий диурез, субфебрилитет. Губы сухие, запекшиеся, язык обложен, лицо маскообразное или с лихорадочным румянцем.

При гриппозной этиологии характерны неглубокие расстройства сознания – снопоподобная оглушенность или астеническая спутанность (Д.Н. Исаев).

Течение характеризуется острым началом и критическим завершением. Длительность приступа в среднем 2 недели (от 1 до 4), светлые промежутки около месяца (от 15 дней до 3 месяцев). Нередко прослеживается сезонность, у девочек связь с месячным циклом. Наклонность к повторению приступов сохраняется в течение 2-3 лет. С завершением пубертатного возраста интервалы удлиняются, приступы становятся менее выраженными либо прекращаются. Лишь у 5% больных приступы продолжают продолжаться или учащаются и формируются органические изменения личности.

Инструментальные исследования обнаруживают расширение третьего желудочка мозга, низкий процент белка в ликворе, повышенное давление ликвора, пальцевые вдавления на рентгенограмме черепа.

Лечение аффективных расстройств

При маниакальном состоянии показана монотерапия нормотимическим препаратом (при солнечной мании – солями лития или вальпроатами, при гневливой мании или смешанном состоянии – вальпроатами или Карбамазепином) либо атипичными антипсихотиками (Кветиапин, Арипипразол, Оланзапин и др.). При недостаточном эффекте (через 3-4 недели лечения), присоединяют антипсихотик – атипичный или Галоперидол. При тяжелой мании комбинируют соли лития или вальпроаты с атипичным антипсихотиком или Галоперидолом.

При легких и умеренных депрессивных состояниях в рамках биполярного аффективного расстройства назначают нормотимики (Ламотриджин, вальпроаты) или Кветиапин, при тяжелых – комбинацию нормотимика и антидепрессанта или атипичного антипсихотика и антидепрессанта.

При депрессиях в рамках рекуррентного депрессивного расстройства назначают антидепрессанты. Выбор препарата осуществляют исходя из клинической типологии и глубины депрессии.

При тяжелых или затяжных депрессиях и маниах, резистентных к фармакотерапии, применяют электросудорожную терапию или противорезистентные мероприятия (плазмаферез, иммуномодуляторы, блокаторы кальциевых каналов и др.).

Для профилактики маниакальных и депрессивных используются препараты группы нормотимиков или атипичный антипсихотик (Кветиапин, Оланзапин, Арипипразол). Среди нормотимиков, соли лития и вальпроаты показаны при преобладании в течении заболевания маниакальных фаз, Ламотриджин и Карбамазепин – при преобладании депрессивных фаз. Соли лития обладают относительно большим количеством побочных действий (полиурия, тремор, диспепсия, головные боли, нарушение функции щитовидной железы и др.), необходимо контролировать концентрацию лития в крови (0,6-0,8 ммоль/л в качестве нормотимика, до 0,9-1,2 ммоль/л при лечении мании).

3. ЭКЗОГЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

К экзогенным относятся психические расстройства психотического и непсихотического уровня, возникающие при инфекциях, интоксикациях, соматических заболеваниях (соматогенные). Патологическое изменение психической деятельности связано с общим истощением и токсикозом продуктами нарушенного обмена.

Нарушение нервно-психической деятельности проявляется в трех направлениях (уровнях): патофизиологическом, патопсихологическом, психотическом.

- Патофизиологический уровень дезадаптации состоит в том, что соматическая болезнь истощает физиологические механизмы высшей нервной деятельности, нарушая соотношение основных нервных процессов, их силу и уравновешенность, что клинически проявляется астеническим синдромом.

- Патопсихологический (личностно-ситуационный) уровень дезадаптации реализуется в реакциях личности на болезнь и в отношении окружающих к болезни и больному. У детей (чем они младше, тем больше) на первый план выступает второй компонент.

- Психотический уровень дезадаптации – экзогенные (симптоматические) психозы. Возникают в связи с выраженной тяжестью соматической или инфекционной болезни (ведущей к общему истощению, нарушению гемодинамики и обмена) и, в особенности, в связи с интоксикацией (бактериальной или продуктами тканевого распада). Эти психозы следует отличать от экзогенно-органических психозов, возникающих вследствие деструктивно-органических повреждений мозга.

Астенический синдром – состояние психической и физической слабости, связанной с истощением функциональных возможностей нервной системы.

Частота астенических состояний в общей популяции, по данным различных исследователей, колеблется от 10% до 45%. По данным врачей общей практики жалобы астенического плана предъявляют до 65% пациентов.

Астенический синдром имеет три формы:

- Гиперстеническая форма. Нарушения относительно неглубокие. Преобладают симптомы повышенной возбудимости – эмоциональная лабильность,

повышенная отвлекаемость, затруднение засыпания, соматовегетативные расстройства. У детей развивается бессонница (или чередование сонливости и бессонницы), анорексия, головные боли, вегетативная неустойчивость. Восприятия становятся гиперпатическими, раздражающе-неприятными. Больные раздражительные, рассеянные, эмоционально лабильные, капризные, конфликтные. Внимание истощаемое, отвлекаемое. Психическая работоспособность падает, познавательная деятельность быстро пресыщается. Характерны хаотическая гиперактивность, нетерпеливость, непоседливость, постоянное стремление к деятельности, не исчезающее в обстановке, располагающей к отдыху («усталость, не ищущая покоя»). Пациенты могут жаловаться на невозможность «расслабиться».

- Раздражительная слабость (переходная форма). Повышенная возбудимость и сочетается с легкой истощаемостью. Наблюдаются резкие колебания работоспособности, неустойчивость настроения. Больной с интересом начинает какую-либо деятельность, но работоспособность быстро падает, наступает вялость. Стремится что-либо сделать, но быстро утомляется, ощущает бессилие. Легко включается в выполнение той или иной задачи, но внимание быстро истощается. Усиливается эмоциональная лабильность: короткая вспышка гнева сменяется слезами, подъем настроения – беспричинным разочарованием, интерес – апатией.

- Гипостеническая форма. Обнаруживается вялость побуждений, аспонтанность. Больные пассивны, медлительны, залеживаются в постели, перестают обслуживать себя. Жалуются на бессилие, чувство разбитости, отсутствие ощущения бодрости, прилива сил после сна. Дети становятся вялыми, апатичными, равнодушными к окружающему и к себе, теряют интерес к играм. Восприятия становятся гипопатическими, теряется яркость, реальность восприятия окружающего. Мышление замедляется и обедняется. Настроение снижено. Внимание с трудом привлекается и быстро истощается. Выражена утомляемость. Работоспособность снижена. В тяжелых случаях может наблюдаться обеднение сознания с оглушением.

Патофизиологическая основа астении связана с нарушением мозговых процессов возбуждения и торможения (Павлов И.П., 1951; Иванов-Смоленский А.Г., 1952). На начальной (гиперстенической) стадии страдает процесс внутреннего условного торможения (эволюционно наиболее молодой). В клинической картине наблюдаются симптомы повышенной возбудимости. На второй стадии процесс возбуждения ослабляется – реактивность все еще повышена, но быстро истощается. В клинике наблюдается раздражительная слабость. На третьей стадии реактивность коры снижается, преобладает тормозимость. В клинической картине преобладают симптомы снижения активности.

Клинические проявления астенического синдрома постепенно редуцируются по мере соматического выздоровления.

Астенический синдром у детей имеет ряд особенностей.

Преобладают моторные нарушения. Наблюдается астено-гипердинамический либо астено-адинамический вариант астении (Осипова Е.А., 1934; Сухарева Г.Е., 1959, Ковалев В.В., 1995). При астено-гипердинамической астении поведение ребенка отличается гиперактивностью с непродуктивными двигательными и эмоциональными разрядами, несдержанностью, импульсивностью («эксплозивная астения»). При астено-адинамическом варианте преобладают вялость, повышенная истощаемость, эмоциональная лабильность, плаксивость, соматовегетативные нарушения.

Причиной нарушения внимания и поведения является не плохое воспитание, вредность ребенка, семья или детское учреждение, а заболевание. Оно, как правило, связано с патологией беременности, тяжелыми родами, перенесенными в младенческом возрасте травмами и нейроинфекциями (менингит, менингоэнцефалит).

Астено-невротическое состояние может развиваться у любого ребенка в любом возрасте после тяжелой вирусной инфекции, например гриппа. Инфекционисты считают, что процесс полного восстановления организма после перенесенного гриппа занимает три месяца. Поэтому к переболевшему ребенку (например, школьнику), нельзя предъявлять требования по полной программе сразу, как только он пришел в класс после болезни. Его центральная нервная система еще истощена, не восстановилась. При повышенной нагрузке возникают головные боли, рассеянное внимание, аффективные реакции по вечерам (не имеющие никакого отношения к истерическим нарушениям).

Состояние сниженных возможностей также может быть врожденным (вследствие патологии беременности, трудных родов). Тогда любые требования, предъявляемые родителями такому ребенку, могут оказаться завышенными, и вызовут проявления повышенной утомляемости и раздражительной слабости. Последние могут лежать в основе снижения памяти, когда ребенок плохо запоминает учебный материал (например, ему приходится тратить целый день для заучивания даже небольшого стихотворения).

Наличие астенических проявлений у детей может быть далеко не очевидно родителям, считающим, что все пройдет само собой. Неправильное поведение окружающих (семьи) провоцирует наслоение на этот фон различных невротических реакций.

Клиника и течение реакций личности ребенка на болезнь

Тип реакций личности на болезнь зависит от многообразных условий, среди которых главные: 1) характер самой болезни и сведения больного о ней (острота развития болезни, ее тяжесть и продолжительность, выраженность болевого синдрома, пугающий диагноз, наличие осложнений, инвалидизирующих дефектов); 2) особенности преморбидного характера и темперамента детей; 3) жизненная ситуация и тип воспитания ребенка (место его в семье и степень заботы о нем других членов семьи, взаимоотношения со сверстниками, успехи в обучении, спорте, играх).

В зависимости от различного сочетания перечисленных условий создается «внутренняя картина болезни» (Р.А. Лурия) и могут складываться различные варианты реакций личности на болезнь:

- Депрессивно-астенический – уныние, вялость, плаксивость, чувство безысходности, вины за доставляемые хлопоты.
- Тревожно-фобический – страх смерти или опасение за будущее семьи.
- Ипохондрический (фиксация на своем здоровье, эгоцентризм).
- Истерический – появление новых «симптомов» по конверсионному механизму («самовнушенные» представления о болезни).
- Эйфорически-анозогнозический (легковесное, «бодряческое» отношение к болезни и ее последствиям, нарушение лечебного режима).

Реакции личности на болезнь выступают на фоне различных степеней астенического синдрома и исчезают по мере соматического выздоровления.

Однако у часто болеющих и соматически ослабленных детей вследствие фиксирования реакции на болезнь и отношения к ней окружающих могут развиваться осложнения в виде стойкого *патохарактерологического развития личности*. Может иметься «прямое стимулирование неправильным воспитанием тех или иных черт характера» (В.В. Ковалев).

- Патохарактерологическому формированию по аффективно-возбудимому варианту способствует воспитание и отношение к соматически больному ребенку по типу «гипоопеки» или безнадзорности, а также длительные конфликтные ситуации в семье, школе.

- В развитии тормозного варианта (неуверенного, робкого, обидчивого, замкнутого, лживого и в то же время мечтательного) важная роль принадлежит неправильному воспитанию по типу «гиперопеки» и жесткой директивности.

- Часто наблюдается патологическое формирование личности у долго и часто болеющих детей по дефицитарному типу. Ведущая роль принадлежит реакции личности на осознание своего дефекта, физической и психической несостоятельности, социальной депривации (изоляции от общества сверстников в связи с физическим дефектом или тяжелым соматическим заболеванием), а также своеобразному неправильному воспитанию и отношению к такому ребенку. Определенную роль играет патологически измененная «почва» в виде резидуальной церебрально-органической недостаточности, нарушений физического и полового созревания или стойкая соматогенная астения.

- Своеобразная психологическая атмосфера вокруг больного ребенка с особым щадящим отношением к нему («оранжерейным» воспитанием) способствует закреплению тормозимых, а иногда истероидных компонентов характера, формирует иждивенческую позицию, ограничивает развитие волевых установок, чувства ответственности, интересов и навыков к труду, то есть ведет к формированию по неустойчивому типу.

Экзогенные (симптоматические) психозы

Возникают в связи с инфекцией, интоксикацией или соматическим заболеванием. В патогенезе имеет значение воздействие на головной мозг (прежде всего, таламогипоталамическую систему) токсикоза, общего истощения, нарушения гемодинамики и обмена. У детей и подростков экзогенные психозы встречаются гораздо чаще, чем у взрослых, особенно у детей с остаточными явлениями органических поражений мозга.

Согласно концепции экзогенного типа реакций К. Бонгёффера (1908, 1917), на различные экзогенные факторы головной мозг отвечает ограниченным числом этиологически неспецифичных реакций.

Иными словами, при различных инфекциях, интоксикациях, соматических заболеваниях клинические проявления экзогенных психозов сходные.

К реакциям экзогенного типа К. Бонгёффер относил:

- делирий;
- эпилептиформные возбуждение со страхом;
- сумеречное состояние;
- острый галлюциноз;
- аменцию (варианты с преобладанием бессвязности, с галлюцинациями и с кататоническими нарушениями).

В структуре экзогенных психозов выделяют три периода:

1. Продромальный период. Наиболее характерны астенические явления по типу раздражительной слабости (головная боль, чувство разбитости, повышенная утомляемость, расстройство внимания, ощущение ослабления памяти, непереносимость внешних раздражителей) и эмоциональная гиперестезия (плаксивость, капризность, повышенная эмоциональная возбудимость, легкая истощаемость аффекта, чувство внутреннего беспокойства). Наблюдаются изменения настроения (пугливость, страх, дистимия, благодушие, эйфория, экзальтация), нарушения сна (затруднение засыпания, беспокойный сон, сноговорение, кошмарные сновидения, ночные страхи, бессонница, сонливость), нарушение произвольной деятельности (снижение активности и работоспособности, двигательная расторможенность). Возможны идеаторные нарушения (подозрительность, ипохондричность), нарушения восприятия (иллюзии, гипнагогические галлюцинации, психосенсорные расстройства, расстройства схемы тела).

2. Клинические проявления острого психотического периода зависят от степени тяжести основного заболевания (инфекции, интоксикации, соматического заболевания).

В случае острого начала и выраженных проявлений возникают различные степени оглушения и типичные синдромы экзогенного типа К. Бонгёффера.

При более медленном воздействии патогенного фактора наблюдаются синдромы, характерные обычно для эндогенных психозов – так называемые «переходные синдромы» Х. Вика: маниакальные, депрессивные, кататонические, параноидные.

3. Период остаточных явлений. Наиболее характерны астенический, амнестический и корсаковский синдромы. Могут наблюдаться «переходные син-

дромы» (депрессивный, маниакальный, депрессивно-параноидный, галлюцинаторно-бредовой). Возможно затяжное течение психических нарушений.

Исход экзогенного психоза варьирует от полного выздоровления (в типичном случае) до формирования органического поражения головного мозга со стойким психоорганическим синдромом.

Дифференциальная диагностика экзогенного психоза проводится с экзогенно спровоцированным дебютом эндогенного заболевания. При шизофрении отсутствует параллелизм между тяжестью соматических и психических расстройств, а также обязательно появляются основные шизофренические симптомы и характерные изменения личности.

Лечение складывается из терапии основного заболевания и психотических проявлений. Принцип лечения последних: сочетание дезинтоксикационных, общеукрепляющих и мягко стимулирующих средств (инфузионная терапия, инъекции витаминов и др.). Все это может сочетаться с седативными и снотворными средствами, малыми транквилизаторами во второй половине дня. Для устранения галлюцинаторно-бредовых симптомов назначают нейролептики (Галоперидол и др.) в небольших дозах.

Учитывая вторичный и преходящий характер нервно-психических расстройств, их *профилактика* основывается на принципах общего оздоровления и закаливания детей, противоэпидемических мероприятиях. Наряду с лечением соматических и инфекционных заболеваний необходимо раннее (еще до появления выраженных нервно-психических расстройств) начало дезинтоксикационной и общеукрепляюще-стимулирующей терапии в сочетании с успокаивающими и транквилизирующими средствами. Эта же терапия в сочетании с психогигиеническими и семейно-терапевтическими мероприятиями должна продолжаться в резидуальном периоде.

Особенности экзогенных психозов у детей.

В начальной стадии инфекционного заболевания чаще преобладает *предделириозное состояние*: ребенок становится раздражительным, капризным, тревожным, беспокойным. Отмечается гиперестезия, поверхностность восприятия, нарушение внимания и запоминания. Часто возникают гипнагогические иллюзии и галлюцинации. При малой интенсивности процесса ответная реакция может ограничиться предделириозным состоянием.

В клинике интоксикационных психозов, связанных с острым отравлением различного рода ядами или лекарствами, продромальный период у детей, как правило, отсутствует, а острый психотический эпизод исчерпывается развернутым делирием на фоне оглушения или только оглушением тяжелых степеней и судорогами на фоне признаков отравления – вегетативных расстройств, адинамии, тошноты и рвоты.

Делирий у детей характеризуется кратковременностью и эпизодичностью, а также большей выраженностью аффекта страха (Сухарева Г.Е., 1955). Выраженные делириозные состояния наблюдаются со школьного возраста. У дошкольников отмечаются лишь двигательное беспокойство, гипнагогические устрашающие иллюзии и галлюцинации.

При затяжных инфекционных заболеваниях с менее выраженной интоксикацией (при ревматизме, малярии, мозговых инфекциях) чаще наблюдаются *онейроидные состояния* сознания со зрительными и слуховыми грезоподобными обманами восприятия. Больные видят сцены из прошлого опыта, прочитанных книг, считают себя участниками этих событий. Характерна полная неподвижность, болезненные представления отражаются лишь в выражении лица и мимике. Иногда отмечается двойная ориентировка: дети считают себя участниками фантастических происшествий, происходящих в других местах, и в то же время знают, что находятся в больнице.

При более тяжелых инфекциях, обычно в более поздних стадиях болезни при наличии физического истощения, может наступить *аментивное состояние* с бессвязностью мышления, нарушением синтеза восприятия, полной дезориентировкой в окружающем и собственной личности. Наряду с выраженными аментивными состояниями у детей наблюдаются рудиментарные, но и здесь отмечаются дезориентировка и двигательное беспокойство.

Течение психических расстройств при общих инфекциях (С.С. Мнухин):

- Кратковременная психотическая вспышка.
- Продолжительное психотическое состояние.
- Периодические повторения однотипных приступов – расстройств сознания, тревожно-галлюцинаторных или тревожно-бредовых состояний.
- Множественные разнородные психотические состояния – волнообразное течение в виде последовательной смены тревожно-галлюцинаторного, нелепо-эйфорического и апато-абулического синдромов.

Типичным исходом острых соматогенных, инфекционных и интоксикационных психозов при первых двух типах течения является полное выздоровление по миновании вызвавшего их фактора.

Последние два типа течения нередко приводят к стойкой церебрастении с задержкой психического развития или патохарактерологическим развитием личности.

4. РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКИЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ

Резидуально-органические нервно-психические расстройства (РНПР) обусловлены стойкими последствиями ранних органических внутри- и внеутробных поражений мозга ребенка.

Причиной являются вредности, повреждающие мозг ребенка во внутриутробном, перинатальном и раннем (до 3 лет) постнатальном периодах развития – интоксикации, инфекции, гипоксия плода, родовая травма черепа, асфиксия новорожденного, иммунологическая несовместимость матери и плода (иммунологический конфликт), постнатальные травмы черепа, внутримозговые инфекции, интоксикации ЦНС от тяжело протекающих соматических и инфекционных заболеваний. Нередко имеет место сочетание нескольких из этих факторов.

Характерно полное завершение болезненного процесса (энцефалита, черепно-мозговой травмы) и смена его стабильным резидуальным состоянием (обычно в течение от 1 до 5–6 лет после первичного заболевания).

Время поражения развивающегося мозга во многом определяет локализацию повреждения (по Трамеру). Поражение головного мозга во второй половине беременности ведет к развитию тяжелых форм резидуальных расстройств (умственной отсталости, церебральных параличей, эпилептиформных припадков и сочетание их).

Поражение мозга в первые годы жизни в момент интенсивного развития лобной и теменной областей вызывает нарушение развития структурно-функциональных систем мозга, ответственных за формирование высших свойств личности, целенаправленности психических процессов, развития речи, моторики, пространственной ориентировки. В школьном возрасте такие же вредности чаще приводят к расстройству регуляции вегетативных процессов, нарушению инстинктов и влечений, что клинически выражается в церебрастенических и психопатоподобных состояниях.

Больные с РНПР составляют от 7,2 на 1000 детей в возрасте 0–18 лет до 17,9% всех детей школьного возраста. Дети с РНПР составляют 23% всех детей, находящихся под наблюдением амбулаторного детского психиатра.

С.С. Мнухин описал шесть клинических форм РНПР:

1. Резидуальные невропатии и расстройства личности;
2. Резидуальные формы умственной отсталости и временных задержек развития.
3. «Частичные недоразвития» (алалии, алексии, аграфии, акалькулии, диспраксии и др.).
4. Эпилептические и эпилептиформные проявления.
5. Двигательные расстройства (детские церебральные параличи, гемипарезы, тетрапарезы, гиперкинезы, атаксии и др.).
6. Эндокринно-вегетативные и трофические расстройства.

Все эти формы рассматриваются в рамках трех основных типов – стенического, астенического и атонического.

Классификация В.В. Ковалева основана на двух критериях: патогенетическом (соотношении энцефалопатического и дизонтогенетического компонентов в патогенезе) и клинико-описательном (синдромологическом) (таблица 1).

Таблица 1

Формы резидуально-органических нервно-психических расстройств у детей и подростков (по В.В. Ковалеву)

Преимущественно дизонтогенетические формы	<ol style="list-style-type: none"> 1. Синдромы нарушения отдельных систем мозга: нарушение развития речи, общей и тонкой моторики, пространственных представлений, школьных навыков – письма, чтения, счета 2. Первичный (дизонтогенетический) энурез 3. Синдромы психофизического инфантилизма – гармонического, дизгармонического 4. Резидуальная умственная отсталость (равномерный стенический вариант) 5. Синдром органического аутизма
Преимущественно энцефалопатические формы	<ol style="list-style-type: none"> 1. Церебрастения 2. Неврозоподобные состояния – страхи, заикание, энурез, тики, нарушения сна, аппетита, истериформные состояния, сенестопатические, депрессивные, ипохондрические состояния 3. Психопатоподобные состояния – аффективная возбудимость, психическая неустойчивость, эпилептоидность, нарушение влечений 4. Гипоталамические (диэнцефальные) синдромы: нанизм, Иценко-Кушинга, вегетативно-сосудистая дистония, нарушение терморегуляции, первично-трофические и мышечные расстройства 5. Гидроцефалия 6. Деменция 7. Периодические органические психозы у подростков
Смешанные энцефалопатически-дизонтогенетические формы	<ol style="list-style-type: none"> 1. Детские церебральные параличи 2. Атипичная резидуальная умственная отсталость: астеническая с неравномерным дефектом психики (брадипсихический, дислалический, диспрактический варианты), атоническая (акатизический и аспонтанно-апатический варианты), дисфорическая 3. Гипердинамический синдром 4. Резидуальные эпилептиформные состояния и эпилепсия

Клиника основных форм и состояний в порядке частоты встречаемости.

Центральное проявление **резидуальной церебрастении** – раздражительная слабость, сочетающая повышенную утомляемость и истощаемость психики с сильной раздражительностью и аффективностью. Отмечаются истощаемость внимания. Память часто с элементами амнестической афазии. Типичны дистимические нарушения настроения (плаксивость, капризность, недовольство) нередко с дисфорическим оттенком. Отмечаются также расстройства диэнцефально-вегетативной регуляции (головные боли, непереносимость духоты, легкое укачивание, головокружения, тошнота, сосудистая дистония и др.), которые легче выявляются при функциональных нагрузках. Обнаруживается рассеянная неврологическая микросимптоматика, недостаточность моторики.

Различают астено-адинамический (вялость, сниженный фон настроения) и астено-гипердинамический (суетливость, расторможенность движений, повышенная отвлекаемость) варианты резидуальной церебрастении.

Типична регрессионная динамика со сглаживанием симптоматики к постпубертатному возрасту.

Сходные проявления могут отмечаться также при неврастении. Однако при церебрастении более выражены и стойки истощаемость внимания, нарушение запоминания, что приводит к более сильному снижению работоспособности. Для неврастения характерно волнообразное течение, отражающее динамику воздействия на ребенка психотравмирующей ситуации.

При посттравматической церебрастении более выражены аффективные нарушения (раздражительность, эмоциональная гиперестезия), доходящие в ряде случаев до уровня аффективной взрывчатости, эксплозивности. Характерная для церебрастенического синдрома дистимия сменяется при этом дисфорическим настроением. Церебрастенические нарушения в данном случае граничат с психоорганическими («ювенильный» психоорганический синдром).

Неврозоподобные состояния резидуально-органического генеза. Характеризуются бедным и монотонным характером невротических проявлений, сочетающихся с неврологической микросимптоматикой.

Наиболее часто наблюдаются неврозоподобные страхи, тики, заикание, мутизм, энурез, навязчивости, насильственности, истериформные реакции в виде аффективно-моторных и вегетативных приступов:

- *Неврозоподобные страхи* проявляются чаще в виде приступов витального протопатического страха с ажитацией, сопровождающихся похолоданием рук и ног, чувством остановки сердца и недостатка воздуха, колебаниями артериального давления, сухостью во рту, бледностью, потливостью, полидипсией, учащенным мочеиспусканием. Могут отмечаться дереализация («все как в тумане»), нарушение схемы тела («тело невесомое как ватное»), соматопсихическая деперсонализация. Встречаются также сенесто-ипохондрические переживания («хрустят кости», «распирает голову», жжет в животе).

В отличие от невротических страхов, возникновение данных переживаний не связано с психотравмой. Однако они усиливаются под влиянием неблагоприятных соматических и физических факторов (переутомление, перегревание). Их дифференцируют с пароксизмальными страхами при височной эпилепсии. Последние возникают на фоне сумеречного помрачения сознания.

- *Тики* представляют собой произвольные сокращения мимических респираторных и других групп мышц (мигание, подергивание носом, щекой, плечами, покашливание, хмыканье, «попыхивание»). Характерна определенная локализация, преобладание с одной стороны. Неврозоподобные тики не связаны с защитными действиями, непродолжительное время могут подавляться усилием воли, «машинальны». Как правило, они не замечаются пациентами, стойкие (держатся годами).

- *Заикание* развивается чаще в преддошкольном и дошкольном возрасте, постепенно, нередко в связи с соматическими заболеваниями у детей с дефектами речи (косноязычие, стертая дизартрия, задержки формирования речи). На начальной стадии отмечается повторение слогов, связанное с клоническими

судорогами мышц артикуляционного аппарата. В основе этого процесса – фиксация итераций, свойственных определенному этапу речевого развития с присоединением судорожного компонента. В дальнейшем происходит автоматизация клонических и тонико-клонических судорог с появлением «речевого штампа». Отмечается снижение восприимчивости к интонации речи окружающих. У детей снижена личностная реакция на речевой дефект, они могут не замечать его, не страдают логофобией. Неврозоподобное заикание отличается резистентностью к терапии, затяжным течением.

- Неврозоподобный, преимущественно *ночной энурез* может быть врожденным (первичный, дизонтогенетический) и системным (вторичный, неврозоподобный). Отмечается выраженная глубина сна с затрудненным пробуждением. Реакция личности на заболевание не выражена. Течение многолетнее с повторными обострениями. Прогноз неврозоподобного энуреза более благоприятный, чем врожденного.

Гиперкинетический (гипердинамический) синдром. В зарубежной литературе описывается как минимальная мозговая дисфункция (ММД). Показана первичная роль нарушения активного внимания в формировании основных проявлений синдрома, в связи с чем более принято обозначение этого состояния как *синдром дефицита внимания*. Характерна повышенная возбудимость в сочетании с психомоторной расторможенностью и высокой переключаемостью внимания. Дети чрезмерно подвижны, отвлекаемы, шумны, трудно поддаются организации в коллективе.

Наиболее выраженными расстройства становятся с момента начала школьного обучения, когда к познавательным способностям ребенка предъявляются новые требования. Сопутствующими проявлениями синдрома часто являются недостаточность тонкой и общей моторики, нарушение координации движений (движения неловкие и угловатые), плохое развитие навыков, требующих двигательной координации (одевание, рисование). В более старшем возрасте клинические проявления синдрома дефицита внимания нередко полностью редуцируются.

Невропатические и психопатоподобные состояния проявляются у детей обычно с первых месяцев или лет жизни. Для невропатии характерна повышенная возбудимость, плаксивость, склонность к срыгиваниям, рвотам, диспептическим расстройствам, аллергическим реакциям, колебаниям температуры, нарушениям периодов сна и бодрствования, пониженный аппетит, боязливость. Кроме того, отмечаются отклонения со стороны черепно-мозговой иннервации, нарушения координации, асимметрия силы движения и др.

В дальнейшем, если не происходит сглаживания и компенсации невропатии, на ее основе могут сформироваться психопатоподобные состояния. Ведущим при этом является дефект эмоционально-волевых свойств личности. Отмечаются слабость интеллектуальных интересов, нравственных установок, недостаточная способность к волевому целенаправленному поведению, недостаточная организованность умственной деятельности. Характерно сочетание этих

особенностей с нарушениями инстинктов – расторможение сексуального влечения, нарушения аппетита, слабость инстинкта самосохранения.

В случае неблагоприятной динамики формируется органическое расстройство личности, чаще аффективно-возбудимого типа, при которой типичны церебрально-эндокринные гипоталамические органические симптомы.

Симптомы частичного психического недоразвития включают широкий круг нарушений, отдельных психических функций (речи, моторики, навыков чтения, письма, счета и др.) в результате локального резидуального повреждения определенных церебральных структурно-функциональных систем и нарушений их созревания:

- *Нарушение речевого развития.* Избирательное недоразвитие речи проявляется различной степенью тяжести: от тотального – алалия (синонимы: «безречие», «врожденная афазия») до нарушения отдельных компонентов речевой функции: слабой способности дифференцировать звуки слышимой речи, нарушения различения фонем, звонких и глухих согласных, ошибок при сочетании нескольких гласных, нарушения звукопроизношения (дислалия).

В основе алалии лежит нарушение аналитико-синтетической деятельности мозга, что проявляется в трудности усвоения последовательности звуков, их сочетания, составных частей предложения, грамматических форм, а также недостаточная способность выполнять последовательные артикуляционные движения (оральная апраксия). В связи со слабой выраженностью способности к речевым абстракциям у детей-алаликов преобладает наглядно-образный тип мышления, в школе они плохо успевают не только по русскому языку и чтению, но и по математике. Интеллектуальная недостаточность при алалии характеризуется особенностью, отличающей ее от грубого дефекта при умственной отсталости – относительно более высокий уровень развития «бессловесного» мышления. Они достигают неплохих результатов в деятельности, не требующей прямого участия речи (рисование, лепка, некоторые игры).

- *Нарушение развития школьных навыков* – чтения, письма, счета:

Дислексия – качественное нарушение чтения: замена, опущение, искажение слов при чтении. Затруднено различение сходных по написанию букв, слова и буквы могут переставляться местами при прочтении текста. Плохо запоминается название букв и соответствующие им звуки, недостаточно улавливается смысл прочитанного. Темп чтения резко снижен. Возможные механизмы формирования дислексии – нарушение зрительного распознавания букв и слов, слабость зрительной памяти, недостаточность активного внимания, общее речевое недоразвитие и др.

Дизграфия – нарушение правописания, заключающееся в специфических ошибках. Дети делают ошибки в написании схожих букв, забывают начать предложение с большой буквы или закончить его точкой (несмотря на многочисленные напоминания педагогов и родителей). Нарушается способность к написанию грамотно построенных предложений. Как и дислексия, дизграфия может быть различной степени тяжести, в зависимости от чего она выявляется

в разном возрасте (чем тяжелее, тем раньше). Механизмы ее происхождения также различны.

Дискалькулия – расстройство счета, при котором нарушается целый ряд навыков: зрительное распознавание цифр, перевод словесных понятий в математические символы, недостаточность активного внимания, собственно навык счета. Часто сочетается с нарушением других школьных навыков и общим недоразвитием речи.

- *Нарушение моторного развития* – парциальное моторное недоразвитие, обусловленное незрелостью пирамидных и лобных систем мозга. Наблюдается избыточность движений, а при целенаправленных действиях плохая координация движений, особенно тонких изолированных актов, затруднение выполнение комбинированных ритмичных движений, нарушена их пространственная организация.

Для всех детей с частичным психическим недоразвитием характерна относительная сохранность интеллекта в целом, хотя темпы его развития часто задержаны.

Резидуальная умственная отсталость. Ее клинические проявления зависят от тяжести и распространенности органического поражения мозга. Степень интеллектуального недоразвития может быть самой различной – от легкой дебильности до идиотии. Структура дефекта часто мозаична, неравномерна.

Характерны выраженные эмоционально-волевые и инстинктивные расстройства, психопатоподобное поведение, апатичность, либо гиперактивность, злобность, дисфоричность, возбудимость, неловкость моторики, косноязычие, энурез.

Нередки варианты астенического типа общего психического недоразвития с неравномерной структурой развития – нарушениями праксиса, алалией, дисмнезией, брадипсихией; неуравновешенного варианта стенической формы с выраженными аффективно-волевыми расстройствами и нарушением влечений (по С.С. Мнухину - Д.Н. Исаеву); атонического типа недоразвития с неспособностью к психическому напряжению, апроксией, аспонтанностью.

Как правило не отмечается грубых пороков развития внутренних органов. В неврологическом статусе типичны разной степени выраженности очаговые, общемозговые и микроорганические симптомы (косоглазие, птоз, атрофия зрительных нервов, тугоухость, парезы, гиперкинезы, атактическая походка, очаговые судорожные припадки, гипертензионные головные боли и др.). Нередко встречается повышенное внутричерепное давление, снижение белка в ликворе, усиление сосудистого рисунка и пальцевые вдавления в костях черепа.

Эпилептиформные пароксизмальные состояния и резидуальная эпилепсия. Пароксизмы отличаются полиморфизмом, преобладанием abortивных форм с тоническими судорогами, с локальным лево- или правосторонним акцентом. Нередко сочетаются с центральными геми- и тетрапарезами, нарушениями чувствительности и неврологической микросимптоматикой.

Характерны изменения личности не по эпилептическому, а по органическому типу с преобладанием возбудимости, эмоциональной лабильности и истоощаемости. В ряде случаев припадки могут становиться тяжелее с выраженным последующим оглушением, с явлениями амнестической афазии, брадипсихией и дисфорией между пароксизмами, ослаблением памяти и интеллекта.

Детские церебральные параличи (ДЦП). Чаще всего имеют место лево- и правосторонние гемипарезы. Помимо двигательных расстройств у этих детей отмечаются психические нарушения в зависимости от право- или левополушарного поражения головного мозга (пареза-паралича). При поражении левого полушария (парез справа) чаще возникают и более выражены интеллектуальное снижение, пассивность, вялость, апатичность. При правополушарном поражении (парез слева) преобладают эмоциональные расстройства в виде повышенной возбудимости, агрессивности, эмоциональной лабильности, дисфорий (С.С. Мнухин).

Динамика РНПР. На течение влияют периоды возрастных кризов, дополнительные вредности (заболевания, перегрузки), своевременность и адекватность медикаментозной помощи. При церебральных, невропатических состояниях, временных задержках развития отдельных психических функций, гиперкинетическом синдроме в большинстве случаев наблюдается регрессирующее течение, иногда до полного клинического выздоровления. В более тяжелых случаях наблюдаются стационарные состояния – резидуальная умственная отсталость, церебральные параличи, психопатоподобные состояния. Реже возможны обострения симптоматики с тенденцией к неблагоприятному течению – резидуальная эпилепсия с деменцией, развитие органических периодических психозов в подростковом возрасте.

Диагностика РНПР основывается на тщательно собранном анамнезе раннего онтогенеза, вычленении типичных клинических синдромов и параклинических подтверждениях резидуально-органической патологии (ЭЭГ, рентгенография черепа, УЗИ головного мозга, нейросонография, доплерография сосудов головного мозга, дуплексное сканирование, компьютерная томография головного мозга, магнитно-резонансная томография, позитронно-эмиссионная томография), результатах неврологического и патопсихологического обследования.

Дифференциальный диагноз проводится с неврозами, психогенными патохарактерологическими развитиями личности, расстройствами личности, вялотекущими формами шизофрении. Критериями отграничения от этих заболеваний являются: наличие признаков психоорганического синдрома, отсутствие связи с психотравмирующей ситуацией, наличие чаще всего неглубокого неравномерного интеллектуального дефекта, его «огрубление», отсутствие специфических для шизофренического процесса прогрессирующих изменений личности с появлением качественно новых симптомов шизофренического ранга. В некоторых случаях следует дифференцировать РНПР с эпилепсией и умственной отсталостью иного генеза.

Лечение. Основой лечения РНПР является сочетание биологической терапии (медикаментозное, физиотерапевтическое) с лечебно-педагогическими мероприятиями, игровой, трудовой терапией и лечебной физкультурой. Индивидуализированная терапия включает в себя как патогенетическую (дегидратация, рассасывающая, антиконвульсивная), так и симптоматическую (ноотропы, седативные препараты, физиотерапия, общеукрепляющая). В качестве рассасывающих средств используются Церебролизин, Актовегин.

Симптоматическая терапия направлена на сглаживание и преодоление отдельных симптомов.

При астено-гипердинамических состояниях показано курсовое лечение нейролептиками (Тиоридазин, Тиаприд и др.). Астено-апатические состояния требуют назначения психостимуляторов, транквилизаторов, витаминов группы В (Нейромультивит). Парциальные задержки развития требуют назначения препаратов метаболического действия – Пантогам, Глицин, Глиатилин, Кортексин. При тревожно-фобических состояниях используют Фенибут, Хлордиазепоксид. При тиках – Церукал, Тиаприд, Перфеназин, Галоперидол. При заикании – средства, снижающие мышечный тонус – Мидокалм, Тиоридазин, малые дозы Хлорпромазина. При энурезе бывает положительный эффект от антидепрессантов со стимулирующим эффектом. При расстройствах влечений (побеги, гиперсексуальность и т.п.) – длительное лечение Перициазином, Тиоридазином. При вегето-сосудистых дистониях, особенно в пубертатном возрасте, показаны вегетотропные препараты (Беллоид, Беллатаминал, Белласпон).

На лечебной физкультуре эффективны занятия музыкальной ритмикой, спортивные игры. Большой удельный вес в лечебно-педагогической коррекции должно отводиться кружковой работе. Практически при всех формах РНПР имеются показания к психотерапии, в первую очередь, при неврозоподобных расстройствах.

Профилактика РНПР включает в себя общемедицинские мероприятия по предупреждению мозговых инфекций, травм, интоксикаций, профилактику благоприятного течения беременности, родов, периодов детства.

Вторичная профилактика заключается в предупреждении неблагоприятной динамики имеющихся расстройств. Это раннее выявление РНПР, диспансеризация детей, перенесших органические поражения мозга, динамическое наблюдение за ними, соблюдение осторожности в проведении прививок детям с неблагоприятным анамнезом, своевременная противосудорожная терапия детей с высокой судорожной готовностью в периоды субфебрилитета (данные ЭЭГ, фебрильные судороги).

Важной мерой профилактики неблагоприятного течения РНПР являются мероприятия по социальной адаптации и реабилитации, своевременный перевод детей в адекватные условия обучения (из специализированных школ в обычные, из общеобразовательных во вспомогательные, школы интернатного типа, речевые, лесные, психоневрологические санатории и т.п.). Необходимо взаимодействие психиатров и педагогов.

5. ЭПИЛЕПСИЯ

Эпилепсия – нервно-психическое заболевание, проявляющееся повторными судорожными или бессудорожными пароксизмами, имеющее прогрессирующее течение и приводящее к нарастающим изменениям личности или специфическому эпилептическому слабоумию.

Распространенность достигает 4–5 больных на 1000 населения.

В происхождении эпилепсии существенна роль как предрасположения в виде «судорожной готовности», так и экзогенных вредностей. Под «судорожной готовностью» понимается не только наследственная отягощенность (у разнойцевых близнецов конкордантность по эпилепсии 3,1%, а у однояйцевых – 66,6%), но и целый комплекс патофизиологических и биохимических изменений, нарушающих регуляцию гомеостаза и меняющих реактивность на внешние стимулы (низкий порог судорожной возбудимости гиппокампа лимбической системы, ацидоз и гидрофильность тканей с нарушениями водно-солевого обмена, пониженная концентрация в мозге ГАМК, ваготония и др.). Все это приводит к созданию «особых свойств инертности и взрывчатости нервных процессов с периодичностью функционирования, застойных очагов возбуждения» (И.П. Павлов).

Общая классификация припадков:

I. Судорожные

1. Большой припадок
2. Abortивный тонический
3. Abortивный клонический
4. Джексоновский моторный
5. Изолированная аура

II. Бессудорожные

1. Малый припадок – абсанс.
2. Эпилептический автоматизм:
 - а) психомоторный;
 - б) психосенсорный.
3. Психический эквивалент:
 - а) нарушения сознания (сумеречное и др.);
 - б) нарушения настроения (дисфория и др.).
4. Джексоновский сенсорный.

Детская эпилепсия отличается от эпилепсии у взрослых большим количеством атипичных и abortивных припадочных проявлений, большей частотой локальных акцентов в структуре припадков и их полиморфизмом. Кроме того, у детей чаще, чем у взрослых может наступить тяжелое осложнение эпилепсии – эпилептический статус, когда припадки повторяются друг за другом, а между ними сознание не проясняется. У детей болезнь может протекать в форме только периодически (сезонно) повторяющихся эпилептических статусов, после которых могут появляться преходящие гемипарезы. Появлению статусов в этих случаях предшествует гипертермическая аура. Эта «статусообразная» форма болезни ведет к появлению не эпилептического, а органического дефекта психики (С.С. Мнухин).

Пароксизмы, встречающиеся преимущественно или только у детей:

- Пропульсивные припадки (сгибательный спазм младенцев): а) «кивки» и «клевки». Выражаются в стремительном наклоне головы вперед – «кивки» или всего туловища – «клевки»; б) «салаамовы» припадки – внезапный резкий наклон туловища вперед и устремление вперед. Судороги напоминают восточное приветствие, поэтому называются «салаамовыми». Темп этих движений не столь стремителен, как при других пропульсивных припадках; в) «молниеносные» вздрагивания – начинаются с внезапного мгновенного общего вздрагивания, голова выбрасывается вперед, руки толчкообразно разводятся в стороны или скидываются вверх, ноги подгибаются. Если больной стоит, то он теряет равновесие и падает вперед (реже назад), но сразу же встает.

Пропульсивные припадки возникают в возрасте 3–9 месяцев. Характеризуются большой частотой, быстро приводят детей к глубокому слабоумию (до степени идиотии) и могут сопровождаться атонически-астатическим синдромом (падает мышечный тонус, теряют способность стоять и даже сидеть).

- Импульсивные (или миоклонические, малые) припадки возникают преимущественно у более старших детей. Приступы выражаются во внезапном «толчке», вследствие миоклонических вздрагиваний. Эти пароксизмы очень кратковременны, их интенсивность различна, вздрагивания охватывают симметричные группы мышц с преобладанием на одной из сторон. Миоклонические подергивания могут возникать в верхних конечностях и в мышцах лица. Если они захватывают нижние конечности, больной падает. Сознание утрачивается лишь при продолжительных сериях миоклонических припадков.

Эту форму припадков не следует смешивать с *миоклонус-эпилепсией Унферрихта-Лундборга*. Последняя начинается в возрасте около 10 лет, нередко является наследственным и семейным заболеванием, а миоклонические припадки обычно экзогенной природы. Начинается большей частью с больших судорожных припадков и лишь спустя довольно продолжительное время к ним присоединяются подергивания в конечностях, носящие неритмичный беспорядочный характер. Ведет к более грубому и глубокому психическому распаду.

- Ретропульсивные припадки (пикнолепсия) – разновидность малых припадков – пикнолептических абсансов. Возникают у детей 6–12 лет с инфантильно-грацильным телосложением или диэнцефальным ожирением, чаще у девочек. Выражаются в очень частых (до нескольких сот), но кратковременных и поверхностных изменениях сознания без судорог, с ритмическими движениями головы назад, сочетанными отведениями глаз кверху, а иногда и выгибанием туловища кзади. Интеллект и личность больных остаются сохранными.

- Атонические (астатические) припадки проявляются в кратковременном снижении или падении постурального тонуса мышц и падении.

- При детской эпилепсии чаще, чем у взрослых, встречаются психомоторные автоматизмы. Две разновидности почти не встречаются у взрослых: а) ночные «страхи» – среди сна ребенок кричит или бормочет, вскакивает, беспокоится, нередко делает оборонительные движения, лицо выражает страх, он не узнает окружающих. После приступа вновь засыпает, а на утро ничего о слу-

чившемся не помнит; б) снохождения и сноговорения. Наиболее частыми и общими для взрослых и детей являются: а) «оральные» автоматизмы – пароксизмальные жевательные, глотательные, причмокивающие и облизывающие движения на фоне помраченного сознания; б) различной степени сложности движения, сочетающиеся с теми или иными эмоциональными состояниями (страх, экстаз и др.), а иногда с отрывочными галлюцинациями и речью.

- Психосенсорные припадки – нарушения восприятий собственного тела или окружающего (иллюзорного или галлюцинаторного типа) на фоне сонливого помрачения сознания. Обычно сопровождаются страхом, двигательным беспокойством оборонительного или ориентировочного характера.

- Частыми проявлениями эпилепсии у детей являются изолированные ауры моторного, сенсорного, вегетативного или психопатологического характера. Особенно важны для ранней диагностики эпилепсии следующие ауры: а) «эпигастральные» приступы – внезапно возникающие кратковременные боли или неприятные ощущения в животе, часто (но не всегда) сопровождающиеся чувством тошноты, подкатывающейся кверху и другими вегетативными проявлениями; б) «сердечные» приступы – внезапные сердцебиения или «замирания» сердца, сопровождающиеся страхом; в) «вестибулярные» приступы внезапных и кратковременных головокружений с тошнотой и рвотой.

Диагноз. Для топической (локализации эпилептогенного очага) и прогностической диагностики следует особенно внимательно изучить характер ауры и особенности самого припадка. Так, например, чем больше содержание ауры наполнено аффективно-галлюцинаторными и другими психопатологическими симптомами, а характер припадков приближается к психомоторным или психосенсорным, тем ближе локализация эпилептогенного очага к височной доле мозга, что позволило ряду авторов выделять *височную форму эпилепсии*.

Пневмо- и электроэнцефалография позволяют судить не только о локализации эпилептогенного очага, но и о его органическом характере. Кроме того, ЭЭГ позволяет уточнить характер припадков (залпы «пиков» – судорожный припадок, залпы комплексов «пик - медленная волна» – малый припадок, залпы билатерально синхронных «тета-ритмов» – психомоторный) и выявить их, когда они протекают субклинически, то есть без внешних проявлений.

Важна оценка особенностей слабоумия и изменений личности. Они специфичны для эпилепсии – оскудение памяти и мышления с замедленностью, персеверативностью и детализированной обстоятельностью последнего. Они выступают на фоне «полярных» проявлений характера – поведение человека «с льстивой улыбкой на устах и камнем за пазухой», сочетание дефензивных (утрированно спокойных) и эксплозивных (взрывчатых) проявлений. Такой тип изменений личности характерен для взрослых и старших детей. У больных эпилепсией дошкольного и младшего школьного возраста часто отмечаются проявления, сходные с «органическим психосиндромом» – двигательное беспокойство, общая расторможенность, неустойчивость внимания, раздражительная слабость, повышенная психическая утомляемость. Уточнению эпилептических особенностей психики способствуют экспериментально-психологические исследования интеллектуально-мнестических функций и личности.

Течение и прогноз. По картине припадка и по ауре можно судить о прогнозе заболевания. Весь припадок – целостная биологическая структура. «Припадок – разряд на различных уровнях самозащитных механизмов» (А.Г. Иванов-Смоленский) с «высвобождением сложных инстинктивных реакций» (А.Д. Сперанский), условно- и безусловно-рефлекторных актов. Иными словами, чем сильнее эпилептический разряд и чем меньше сопротивляемость ему элементов мозга, тем глубже помрачено сознание во время припадка и тем картина припадка менее дифференцирована и «выразительна», то есть, отражает более «примитивную» и филогенетически более древнюю инстинктивную реакцию.

Пример: абортивный тонический припадок, протекающий с тоническим напряжением – «примитивный», недифференцированный. Если же при этом на лице гримаса страха, а поза больного оборонительно-защитная, то это «выразительный» (оборонительный инстинкт), «дифференцированный» припадок и прогностически он более благоприятен, чем первый.

С.С. Мнухин разработал клинико-физиологическую классификацию, основанную на принципе соотношения глубины торможения психики во время припадка с инертностью послеприпадного торможения. Это дает возможность установить прогноз у каждого больного, опираясь на анализ структуры пароксизмов и оценку послеприпадного состояния (таблица 2).

Таблица 2

Клинико-физиологическая классификация форм эпилепсии

Симптомы	Доброкачественная форма	Злокачественная форма
Аура	Дифференцированные комплексы «страшно» и «непонятно»	Примитивные комплексы «худо» (реже «страшно»)
Припадки	«Выразительные», отражающие филогенетические поздние сформировавшиеся реакции и инстинкты	«Примитивные», отражающие филогенетические древние самозащитные реакции
Помрачение сознания в припадке	Поверхностное	Глубокое
Послеприпадочное состояние	Нет оглушения или расстройств настроения, самочувствие и работоспособность не нарушены	Длительное послеприпадочное оглушение, сумеречное состояние или дисфория, нарушение самочувствия (вялость, раздражительность, головные боли, неработоспособность)
Послеприпадочная амнезия	Нет	Есть
Эпилептическое слабоумие	Медленно прогрессирует. Выражается нерезким замедлением мышления и его обстоятельностью, нерезким диффузным ослаблением памяти. В характере преобладает педантичность, аккуратность, угодливость. Внимание концентрированное, инертное	Катастрофически нарастает. Поражаются преимущественно «предпосылки» интеллекта: расстраивается точность восприятия, грубо нарушается память на прошлое и запоминание текущего, резко истощается внимание. Мышление сугубо конкретное, с персеверациями. Резко истощается работоспособность. Характер грубо патологический

По С.С. Мнухину, в ауре также отражается уровень и дифференцированность фило- и онтогенетически сложившихся реакций. Чем менее дифференцированно комплексное ощущение в ауре, тем более злокачественно протекает болезнь:

- комплекс «худо» (аморфные телесные ощущения неблагополучия, тошноты, головокружения, «замирания» и тяжести) – наименее дифференцированная, филогенетически древняя биологическая реакция;
- комплекс «страшно» (аффект страха с соответствующим мимическим и двигательным сопровождением, сердцебиением и «холодным» потом) – более дифференцированная и выразительная, филогенетически более поздно сформировавшаяся оборонительная реакция;
- комплекс «непонятно» (растерянность, дереализация, переживания «уже виденного» или «никогда не виденного») – наиболее выразительная и определенная, онтогенетически совершенная ориентировочная реакция.

Дифференциальный диагноз должен быть проведен в первую очередь между атипичными припадками детского возраста и неэпилептическими проявлениями (таблица 3).

Таблица 3

Атипичные припадки детского возраста

Форма припадка	Отношение к эпилепсии	Дифференцировать
1–4 года		
«Кивки», «клевки»	Да	С недоразвитием статики по пароксизмальности, частоте, утрате навыков, ЭЭГ
«Молниеносные вздрагивания»	Да	С испугом по ослаблению связи с внешними раздражителями, повторности, ЭЭГ
Фебрильные судороги	Да и нет	С энцефалитами, менингитами по быстротечности, повторности, отсутствию др. мозговых симптомов
Аффективно-респираторные судороги	Да и нет	С истерическими реакциями по стереотипности, органической «почве»
Тонические судороги	Да	Со спазмофилией по симптомам Хвостека и Труссо, соотношению фосфор/кальций крови, ЭЭГ
5–10 лет		
Атонические	Да	С обмороками по малой связи с внешними факторами, вегетативным симптомам, ЭЭГ
Миоклонические малые	Да	С тиками и другими гиперкинезами по примитивности, утрате навыков, ЭЭГ
«Салаамовы»	Да	С тиками и другими гиперкинезами по типичности клиники, ЭЭГ
Пикнолептические абсансы	Да	С тиками, с малыми эпилептическими припадками (см. таблицу 4)
Изолированные ауры:		
а) эпигастральные	Да	С желудочно-кишечными заболеваниями по пароксизмальности, отсутствию соматической патологии, ЭЭГ
б) сердечные со страхами	Да	С неврозами и заболеваниями сердца по отсутствию связи с психогениями и соматической патологией, ЭЭГ

в) тошнотные головокружения	Да	С вестибулопатией и болезнями желудка по отсутствию связи с вестибулярными раздражениями и соматической патологией
11) Ночные психомоторные и психосенсорные: а) «страхи» б) снохождение в) сноговорение	Да Да Да	С невротическими по отсутствию связи с психогениями, примитивной стереотипности, по характеру личности, ЭЭГ

Таблица 4

Дифференциация малого эпилептического и пикнолептического абсансов

Признак	Эпилептический абсанс	Пикнолептический абсанс
Частота	Редкие	Очень частые
Окраска	Побледнение	Покраснение
Движения	Нет или мимические подергивания	Ритмические запрокидывания головы и помаргивания
Помрачение сознания	Глубокое	Поверхностное
Болевая чувствительность	Отсутствует	Сохранена
Амнезия припадка	Есть	Нет, больной сам сосчитывает количество
Эпилептическая деградация	Есть	Нет
Телосложение	Часто атлетоидно-диспластическое	Часто инфантильно-грацильное или диэнцефальное ожирение

При дифференциации соматовегетативных изолированных аур и диэнцефальных припадков следует учесть ограниченный характер вегетативных симптомов при первых и комплексно-синдромальный (симпатический, парасимпатический) их характер при диэнцефальных кризах.

Второй этап дифференциального диагноза включает в себя комплексную оценку всех клинических и параклинических данных для отнесения симптомов к эпилептической болезни или органическому заболеванию мозга (арахноидит, опухоли, сифилису и др.), протекающему с эпилептиформным синдромом.

Диагноз органического процесса, порождающего эпилептиформный синдром, базируется на очаговом характере, как аур, припадков, так и неврологических и параклинических (ликвор, ПЭГ, ЭЭГ, эхо- и ангиография) данных, а также психопатологических особенностей слабоумия и изменений личности по «общеорганическому», а не по эпилептическому типу.

Задачей **терапии эпилепсии** является установление контроля над частотой припадков при как можно меньшей выраженности побочных эффектов.

Основными препаратами являются антиконвульсанты. Их назначают с наименьших доз и медленно повышают. Предпочтительна монотерапия. Изменения в терапии осуществляют осторожно и постепенно. Дальнейшее лечение проводится в течение многих лет, необходим непрерывный прием препарата. Отмена препарата осуществляется после полного отсутствия пароксизмов в течение не менее 3 лет, постепенно – в течение года.

Принципы лечения эпилепсии

Общие принципы	Содержание
1. Длительность и непрерывность	Как правило, многолетнее. После полного прекращения припадков прежние дозы даются еще в течение года, а затем постепенно (с промежутком в 6 месяцев) дробно снижаются до полной отмены (под ЭЭГ-контролем). При возобновлении даже единичных и рудиментарных припадков – возврат к прежней компенсирующей дозе.
2. Настойчивость	Использование полной терапевтической активности прежнего средства перед переходом к пользованию новым
3. Дифференцированность	В зависимости от характера припадков и сопутствующих симптомов
4. Индивидуальность	Дозировка и сочетание средств в зависимости от индивидуальной чувствительности и переносимости
5. Реабилитационная направленность	Медико-педагогическая и социально-психологическая коррекция
6. Комплексность	Сочетание направленных на все патогенетические звенья средств: <ul style="list-style-type: none"> • Антиконвульсивных • Дегидратирующих • Рассасывающих • Общеукрепляющих • Мягко стимулирующих • Десенсибилизирующих • Витаминотерапии • Диетотерапии • Лечебного ограничительного режима

Назначение конкретного вида антиконвульсанта проводится с учетом вида припадков. В настоящее время предпочтение отдается препаратам широкого спектра действия – солям вальпроевой кислоты, Карбамазепину. В качестве базисного препарата вальпроаты используются для лечения различных припадков – больших судорожных, простых и сложных абсансов, парциальных припадков. Карбамазепин также является препаратом выбора при лечении судорожных и различных видов парциальных припадков, включая психомоторные и психосенсорные. При абсансах Карбамазепин не назначается.

Указанные антиконвульсанты назначаются также для коррекции эпилептических изменений личности, так как обладают нормотимической активностью.

Для лечения пропульсивных припадков раннего детского возраста применяют кортикостероиды (АКТГ, Синактен-депо) и Ламотриджин. Последний может быть эффективен также при миоклонических припадках, а также в качестве дополнительного при резистентности припадков к базисному противосудорожному средству.

Лечение эпилепсии следует начинать с монотерапии. Необходимая доза антиконвульсанта устанавливается в процессе постепенного наращивания препарата до прекращения припадков или до появления признаков передозировки.

В случае неэффективности назначенного антиконвульсанта его заменяют на другой из той же группы.

При малой эффективности монотерапии (последовательного применения разных препаратов в режиме монотерапии), а также при полиморфизме приступов к базисному препарату постепенно добавляется другой антиконвульсант. Необходимо учитывать взаимодействие антиконвульсантов друг с другом.

Наиболее частым побочным действием антиконвульсантов является седативное действие, чаще отмечающееся при приеме Фенобарбитала, Карбамазепина, транквилизаторов. Проявляется в вялости, двигательной заторможенности, головокружении, затруднении концентрации внимания. Кроме того, отмечаются гепатотоксичность (вальпроаты, барбитураты), лейкопения, агранулоцитоз (Карбамазепин), кожные высыпания (Карбамазепин).

Для купирования острых психозов применяют нейролептики с седативным эффектом (Хлорпромазин, Левомепромазин, Кветиапин, Оланзапин). При хронических психозах назначают средства с преобладающим воздействием на продуктивную симптоматику (Рисперидон, Трифлуоперазин, Галоперидол).

Дегидратирующие средства: Диакарб назначается внутрь по 0,25 или 0,125 утром натощак на 3 дня с перерывом на 4 дня (обязательно совместно с препаратом калия). Обладает также слабым противопароксизмальным эффектом при малых припадках. Кроме того, 40% глюкоза в/в, сернокислая магнезия в/в.

Рассасывающие – инъекции Бийохинола в/м, Випраксина п/к, Лидазы п/к.

Общеукрепляющие, мягко стимулирующие средства инъекции Алоэ п/к, ФИБС или Стекловидное тело п/к (все они обладают также рассасывающим эффектом). Апилак, Фитин, Липоцеребрин, Глицерофосфат кальция.

Десенсибилизирующие средства: Димедрол или Супрастин, глюконат кальция внутрь (обладают также слабым антипароксизмальным эффектом).

Витаминотерапия: поливитамины внутрь постоянно, так как все противопароксизмальные средства истощают витаминное депо. Курсы инъекций витаминов В6 и В1 в/м оказывают хороший антипароксизмальный эффект, особенно при атонических «салаамовых» и малых припадках.

Диетотерапия: ограничение соли и воды гигиенически необходимыми нормами вследствие патогенетических нарушений водно-солевого обмена. Исключение экстрактивных белков (крепких бульонов, жареного мяса) вследствие нарушений белкового обмена. Исключение острых приправ вследствие их раздражающего действия на нервную систему. Так называемая кетогенная диета (жирная и бедная углеводами) обладает самостоятельным лечебным эффектом, особенно при плохо курабельных медикаментами атипичных припадках типа «салаамовых», атонических. Тем более она полезна в соединении с антиконвульсантами.

Лечебный ограничительный режим: твердый распорядок дня с достаточным отдыхом и сном, исключением ситуаций с прерывисто мелькающим светом (в том числе телепередач) вследствие возможной фотостимуляции припадков. Избегание эмоционально-стрессовых ситуаций. Исключение работ и игр с огнем, на высоте, на воде, транспорте (в том числе катания на велосипеде, мотоцикле), самостоятельного купания. Исключение спортивных игр и занятий,

вызывающих гипервентиляцию и одышку (но не вообще физических упражнений) – замена их ЛФК. Медицинский отвод от прививок.

Профилактика. Педиатр должен выявить наследственную отягощенность пароксизмальными состояниями и осуществить медико-генетическую консультацию родителей. Работа врача по предупреждению и раннему лечению патологии беременности и родов, инфекционных и травматических заболеваний матери и ребенка является в то же время профилактикой эпилепсии.

Детей, перенесших любое пароксизмальное состояние (даже однократное и кратковременное) необходимо взять на особый учет в группу риска заболевания эпилепсией.

Одним из осложнений при эпилепсии является **эпилептический статус** – повторяющиеся припадки (чаще всего тонико-клонические) без восстановления сознания между ними. Представляет непосредственную угрозу для жизни.

Таблица 6

Купирование эпилептического статуса

№ мероприятия	Средство	Путь введения	Доза
1	<ul style="list-style-type: none"> • Хлоралгидрат 2% р-р • Глюкоза 40% р-р • Оксалидин 2% р-р 	клизма в/в в/м	30–50 мл 20 мл 0,5 мл
2	<ul style="list-style-type: none"> • Амитал натрия 5% р-р • Сульфат магнезии 25% и Глюкоза 40% р-р 	в/м в/в в одном шприце	5 мл 5 мл 15 мл
3	<ul style="list-style-type: none"> • Седуксен 0,5% р-р и Маннитол 10% р-р 	в/в медленно в одном шприце	2 мл 5 мл/кг веса
4	<ul style="list-style-type: none"> • Оксипутират натрия 20% р-р • Сульфат магнезии 20% р-р 	в/в медленно в/м	0,5 мл/кг веса 5 мл
5	<ul style="list-style-type: none"> • Спинномозговая пункция 	Вывести	5–10 мл ликвора
6	<ul style="list-style-type: none"> • Гексенал 5% р-р 	в/м	0,5 мл/кг веса

Перечисленные мероприятия проводятся последовательно с промежутками в 15 минут до купирования статуса. Возможно применение по показаниям сердечных средств (кроме Камфоры). Если после всех мероприятий статус не прекратился – весь перечень повторить. При неудаче дать наркоз с управляемым дыханием.

6. УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ

Умственная отсталость (состояние общего психического недоразвития, олигофрения) – совокупность этиологически различных наследственных, врожденных или рано приобретенных стойких непрогрессирующих синдромов общей психической отсталости, проявляющихся в затруднении социальной адаптации, главным образом, из-за преобладающего интеллектуального дефекта. Умственная отсталость – пример общего и психического дизонтогенеза, при котором замедлен темп развития психики в целом и ее отдельных проявлений.

Распространенность умственной отсталости оценивается от 2,2 до 5,8 на 1000 населения. Частота пропорционально больше в школьном возрасте, чем в целом в населении, что объясняется большей смертностью этих детей, а также их меньшей выявляемостью в зрелом возрасте.

Этиология. Вредности, вызывающие психическое недоразвитие могут быть сведены в три группы: наследственные, врожденные и приобретенные.

К числу первых относятся воздействия, повреждающие половые клетки еще до их оплодотворения – рентгеновские, радиоактивные излучения и другие факторы, приводящие к мутациям.

Врожденные вредности препятствуют нормальному развитию плода; повреждая его мозг до рождения – неполноценное питание матери, инфекционные болезни матери (сифилис, краснуха, токсоплазмоз, цитомегалия, энцефалит, свинка, ветряная оспа), а также серьезные соматические заболевания матери, токсикоз беременности, тяжелое физическое истощение, воздействие токсических агентов (свинец, азокрасители, курение, алкоголизация, профессиональные отравления), лекарственные средства (эндокринные препараты, антимаболиты, антибиотики), иммунобиологическая несовместимость матери и плода, радиация, физические травмы матери.

Приобретенные факторы действуют в течение родов (аноксия, гиперкапния, механизмы, повреждающие мозг плода, резко затрудняющие или слишком ускоряющие родоразрешение) и в первые 2–3 года жизни (энцефалиты, травмы головы, отравления, асфиксии, ожоговая болезнь, глубокая депривация).

Патогенез. Предполагается, что повреждение мозга плода связано в итоге с аноксией его тканей, вызываемой тем или другим вредоносным фактором. Конечный же эффект в большей мере зависит от времени воздействия, нежели от качества вредности. Среди процессов, приводящих к нарушению развития мозга, преобладают метаболические и деструктивные.

Клиника. Клиническое многообразие состояний психического недоразвития требует их систематизации. Принципиально различными и наиболее важными классификациями являются этиопатогенетические, клинкофизиологические и такие, которые систематизируют умственно отсталых лиц по выраженности интеллектуального дефекта.

Классификация умственной отсталости по Г.Е. Сухаревой.

I. Умственная отсталость эндогенной природы (поражение генеративных клеток родителей):

1. Болезнь Дауна.
2. Истинная микроцефалия.
3. Энзимопатические формы (фенилкетонурия, галактозурия и др.).
4. Умственная отсталость, сочетающиеся с системным поражением кожи, костей и др.

II. Эмбрио- и фетопатии:

1. Рубеолярная эмбриопатия.
2. Умственная отсталость, обусловленными другими вирусами (грипп, паротит, цитомегалия).
3. Умственная отсталость, обусловленная токсоплазмозом, листериозом.
4. Умственная отсталость, связанная с врожденным сифилисом.
5. Умственная отсталость, обусловленная гормональными нарушениями матери и экзо- и эндотоксическими факторами.
6. Умственная отсталость, обусловленная гемолитической болезнью новорожденного.

III. Умственная отсталость, возникающая в связи с различными вредностями, действующими во время родов и в раннем детстве:

1. Умственная отсталость, связанная с родовой травмой и асфиксией.
2. Умственная отсталость, связанная с черепно-мозговой травмой в постнатальном периоде (в раннем детстве).
3. Умственная отсталость, обусловленная перенесенными в раннем детстве энцефалитами, менингоэнцефалитами и менингитами.

Классификации, основанные на *систематике умственной отсталости по степени интеллектуального дефекта*, состоят из 3–12 групп. Чаще всего выделяют три степени: дебильность, имбецильность и идиотию.

Дебильность – наиболее легкая степень. Составляет около 75% от всей умственной отсталости. Больные недостаточно самостоятельные, склонные к раздражению. Они способны к овладению школьными навыками, но лишь в рамках программы начальной школы и при облегченных условиях, что связано с неспособностью образовывать сложные обобщения. Словарный запас может быть не очень ограниченным, однако речь не становится в полной мере регулятором поведения, как это имеет место у психически здоровых. Наиболее тонкие интеллектуальные чувства (долга, товарищества, удовлетворения своим трудом и др.) не развиваются. Поведение нередко определяется случайными и нерегулируемыми чувствами и влечениями, диктуемыми непосредственной ситуаций. При правильном воспитании и специальном обучении способны овладеть несложной специальностью и приспособиться к жизни.

Имбецильность – тяжелая степень. Основная особенность больных – неспособность к абстракции и обучению в школе. Круг их понятий и представлений очень узок. Только некоторые из них и то лишь в примитивной форме могут овладеть чтением и письмом. Запас слов крайне беден, звукопроизношение

очень дефектно. Чувства весьма примитивны. Больные несамостоятельны, легко внушаемы, хотя могут быть и упрямыми и негативистичными. Овладевают навыками самообслуживания и элементарными видами труда под руководством других. Имбецильность составляют 20% всей умственной отсталости.

Идиотия – самая глубокая степень психического недоразвития. Отсутствуют элементарные предпосылки интеллекта. Восприятия недифференцированные, узнавание крайне ограничено. Эмоции элементарны и проявляются в форме страха, голода или гнева. Нет никакой целесообразности деятельности. Больные не способны освоить навыки самообслуживания, они беспомощны и требуют ухода и надзора. Речь отсутствует. Идиотия составляет около 5% от общего числа умственной отсталости.

В МКБ-10 выделяют умственную отсталость легкой степени (коэффициент умственного развития находится в пределах 50–69), умеренную (35–49), тяжелую (20–34) и глубокую (<20).

Примерно у 50% пациентов не удается выявить какую-либо определенную причину недоразвития. Такие случаи относятся к недифференцированным формам и не могут быть отнесены ни к одной из этиопатогенетических групп. В связи с этим, а также из-за большого клинического разнообразия создаются клинико-физиологические систематики, группировка в которых основана на установлении связи между патофизиологическими механизмами психического недоразвития и симптоматикой.

Одна из таких классификаций (С.С. Мнухин, Д.Н. Исаев), состоящая из 4-х основных форм и 10 вариантов, представлена в таблице 7.

Таблица 7

**Клинико-физиологическая классификация состояний умственной отсталости
С. С. Мнухина - Д. Н. Исаева**

Форма	Вариант
1. Стеническая	а) уравновешенный б) неуравновешенный
2. Астеническая	а) дислалический б) диспрактический в) дисмнестический г) брадипсихический д) основной
3. Атоническая	а) аспонтанно-апатический б) акатизический в) мориоподобный
4. Дисфорическая	–

Для больных со *стенической* формой характерно равномерное недоразвитие как интеллектуально-мнестических, так и эмоционально-волевых проявлений. Крайние варианты – с малой или большой выраженностью аффективной неустойчивости – называются уравновешенными или неуравновешенными.

Больные с *астенической* формой характеризуются затруднениями в освоении чтения, письма и счета. Удовлетворительная память, относительно непло-

хой запас понятий и представлений, довольно хорошая житейско-бытовая ориентировка сочетаются с истощаемым и неустойчивым вниманием. У этих детей развернутая речь, их лексикон богаче, чем у пациентов с другими формами. В то же время у них плохой анализ пространственных отношений, затруднение синтетической конструктивной деятельности.

В рамках атонической формы, наряду с основным, различают еще четыре варианта. Их выделение связано с выраженными речевыми (дислалический), моторными (диспрактический), мнестическими (дисмнестический) расстройствами или определяется особым замедлением психических процессов.

Больным с *атонической* формой свойственна плохая способность к психическому напряжению, нарушение целенаправленной активности, колеблющейся почти от полной бездеятельности до непрерывного двигательного беспокойства, грубые нарушения внимания с невозможностью сосредоточения, недостаточная дифференцированность эмоциональных реакций и слабость инстинктов.

Преобладание бездеятельности отмечено при аспонтанно-апатическом, расторможенности – при акатизическом, нелепое дурашливое поведение – при мориоподобном вариантах.

Больные *дисфорической* формой отличаются нецеленаправленным хаотическим поведением, протрагированным эмоциональным напряжением, постоянно колеблющимся по интенсивности, дистимией, дисфорией и обнаженностью влечений.

Диагноз умственной отсталости основывается на данных анамнеза (здоровье членов семьи, течение беременности, родов и раннее развитие), генетических и пренатальных (амниоцентез, ультразвуковое исследование) исследованиях, а также биохимических, иммунологических и клиничко-лабораторных данных. У более старших детей, наряду с указанными, используются клиничко-психопатологический, психолого-педагогический методы. Большую помощь в диагностике оказывает психологическое исследование, которое с помощью специальных проб или их набора позволяет выявить степень развития отдельных психических проявлений или психики в целом (ревизованная шкала Стенфорд-Бине, шкала Векслера для детей, шкала развития Гезелла).

На первом году выявляются начальные проявления умственной отсталости: вялость, сонливость, недостаточная реакция на окружающее, слабо выраженный комплекс оживления, запоздалое проявление дифференцированных эмоциональных реакций (улыбки), недостаточно выраженный интерес к ярким и звучащим игрушкам, отставание развития статических и моторных функций.

На 2–3 году – запоздалые навыки стояния, ходьбы, позднее появление первых слов, длительное отсутствие фразовой речи, отсутствие навыков опрятности и самообслуживания, слабый интерес к окружающим предметам, однообразные игры.

В дошкольном возрасте – недостаточное освоение навыков самообслуживания, позднее (на 4-5 году) появление фразовой речи с бедным лексиконом, отсутствием развернутых фраз, недостаточный запас бытовых сведений, отсутствие понятий цвета, числа, недостаточное понимание различий предметов по

величине, примитивная подражательность в игре, неумение установить контакт со сверстниками из-за непонимания их интересов, смысла и правил игры, слабое развитие и недифференцированность высших чувств (сочувствие, жалость).

В младшем школьном возрасте – невозможность понимания и усвоения программы начальных классов массовой школы, недостаточность житейской ориентировки (незнание домашнего адреса, профессии родителей, времен года, названий месяцев, дней недели), неумение образовывать некоторые обобщающие понятия (паспорт, инструменты, профессии), полное непонимание переносного или скрытого смысла пословиц или метафор, невозможность связного пересказа прочитанного или прослушанного краткого рассказа или сказки.

Дифференциальный диагноз проводится с заболеваниями или состояниями, при которых могут развиваться общее или парциальное психическое недоразвитие, временная задержка развития или деградация психики: органические резидуальные синдромы (детский церебральный паралич, травматическая энцефалопатия, церебрастения, синдром гиперактивности, деменция), психический инфантилизм, парциальное психическое недоразвитие (связанное с задержкой развития речи, психомоторики, школьных навыков), астенический синдром, невропатия, шизофрения, болезнь Геллера, органические (энцефалитические, травматические) и симптоматические (соматогенные) психозы, ранний детский аутизм (синдром Каннера), эпилепсия, психогенная утрата навыков, псевдодеменция, госпитализм, сенсорная и эмоциональная депривация, семейно-бытовая и воспитательская запущенность.

Лечение. Целями являются улучшение интеллектуального функционирования или достижение насколько возможно лучшего социального приспособления. Такое вмешательство должно осуществляться как можно раньше. Для каждого больного необходима индивидуальная лечебная программа с предварительными и конечными целями применительно к данному ребенку.

Основное место в лечебной программе должна занимать семья: родители должны стать активными исполнителями и помощниками разработанного врачом и педагогом плана наилучшего приспособления ребенка к жизни в соответствии с наиболее сохранными сторонами психики. В план включаются комплексное и индивидуализированное медикаментозное лечение, воспитательская и педагогическая коррекция. С помощью психотропных препаратов можно добиться стимуляции психического развития, исправления отклонений в поведении, смягчения и исчезновения других отягчающих отсталость симптомов.

В ряде случаев лечение может быть этиологическим – раннее начало терапии при фенилкетонурии, глюкозурии или врожденном гипотиреозе.

Для стимуляции психического развития применяются эндокринные препараты (гормоны щитовидной, зубной, половых желез, гипофиза), метаболические стероиды, витамины (групп А, В, С, Е) в дозах в 2–3 раза превышающих суточные потребности ребенка, Глютаминовая кислота, неспецифические биологические стимуляторы (мозговые гидролизаты, Церебролизин, Алоэ, Стекловидное тело). Иногда назначаются вазодилататоры пролонгированного действия (Циннаризин, Ацефиллинат ципрогептадина). Если причиной является травма или инфекция мозга, используют рассасывающую терапию. При повы-

шенном внутричерепном давлении рекомендуются дегидратирующие средства (Диакарб, Лазикс, Сульфат магния).

Симптоматическое лечение назначается для устранения проявлений, которые являются дополнительными препятствиями к адаптации больных или утяжеляют их состояние. Для коррекции поведения больных с успехом используется Хлорпромазин, Тиоридазин, Галоперидол, Неулептил, Трифлуоперазин, Сульпирид. Расторможенность в ряде случаев купируется стимулирующими средствами. Полезными при нарушениях поведения, особенно с сопутствующими припадками, могут быть противоэпилептические средства. При невротических симптомах (страхе, психогенной рвоте и др.) показаны транквилизаторы (Мепробамат, Триоксазин, Хлордиазепоксид, Диазепам, Оксазепам, Феназепам). Агрессивность, самоповреждения и другие отклонения поведения могут корригироваться солями лития. Сексуальная расторможенность лучше всего смягчается Хлордиазепоксидом, Тиоридазином, Андрокуром.

Более эффективно комплексное лечение. Больным с астенической формой показано назначение мягких стимуляторов: аралии, китайского лимонника, левзеи, или более сильных – Кофеина, Сиднокарба. Эти препараты комбинируют с витаминами, гормонами (Тиреоидин и др.), биогенными стимуляторами, средствами, содержащими продукты белкового обмена и аминокислоты. Больные с атонической формой пользуются комбинациями нейрорептиков или транквилизаторов с препаратами, обладающими седативным и энергизирующим и психостимулирующим действием (Амитриптилин). Иногда добавляют Аминалон, Церебролизин, противоэпилептические средства. Большая часть больных со стенической формой из-за преобладающей инертности нуждается в стимуляции (Липоцеребрин, Аминалон, Церебролизин, биологические стимуляторы). При наличии выраженной аффективной неустойчивости им назначаются нейрорептики, а в случае пароксизмальных проявлений требуется добавление противосудорожных препаратов.

Врач и педагог совместно назначают воспитательно-педагогические коррекционные мероприятия, в том числе выработку подробного плана ежедневных занятий, игр, проверочных заданий, соответствующих интеллектуальному возрасту больного и особенностям поражения психики. При этом родителям, которые будут проводить эти занятия, организовывать режим ребенка, давать необходимые лекарственные средства, разъясняется и показывается методика их проведения.

Назначение лишь одних медикаментов не достигнет желаемого результата без постоянных занятий, стимулирующих развитие ребенка и облегчающих его приспособление к социальной среде. Без активного участия всех членов семьи невозможно реализовать полностью потенциальные возможности пациента.

Профилактика. Способы профилактики должны соответствовать основным группам этиологических факторов. Следует исключить или ослабить действие на детей тех факторов, которые способны вызвать мутации в половых клетках (ионизирующие, ультрафиолетовые излучения, алкилирующие соединения, азокрасители, некоторые алкалоиды). При наличии в семье умственно отсталого наилучшая возможность для предупреждения повторного случая –

расчет степени риска заболевания. Модус наследования недифференцированной умственной отсталости установить трудно, опасность появления таких форм колеблется от 25% до 0%.

К профилактике имеет отношение пренатальная диагностика (амниоцентез, ультразвук). Ранняя диагностика некоторых метаболических нарушений при своевременном начале лечения предупредит развитие отсталости.

Второе направление профилактики – предотвращение действия пренатальных вредностей на плод и на рождающегося ребенка. Создание благоприятных условий для развития родившегося ребенка – третье направление профилактики умственной отсталости. Особенной заботы требуют недоношенные и, чем они менее зрелые и меньше весят, тем больше риск развития умственной отсталости. В связи с этим за ними должны быть более интенсивный уход и лечение.

Предупреждение инфекционных и других заболеваний в раннем детстве, как и исключение несчастных случаев, травм головы, асфиксий, отравлений, могущих привести к поражению развивающегося мозга – еще один путь предотвращения психического недоразвития.

Уменьшение вероятности психического недоразвития или его смягчение – создание для ребенка разнообразной, благоприятной среды, активно стимулирующей его познавательное и эмоциональное развитие.

7. РАННИЙ ДЕТСКИЙ АУТИЗМ

В зарубежной литературе синдром раннего детского аутизма впервые был описан Л. Каннер. В нашей стране описан Г. Е. Сухаревой и Т. П. Симсон.

Распространенность колеблется, по данным В. В. Ковалева, от 0,06 до 0,17 на 1000 детского населения. Соотношение мальчиков и девочек, по разным данным, составляет от 1,4:1 до 4,8:1. Конкордантность по раннему детскому аутизму у дизиготных близнецов составляет 30-40%, у монозиготных – 83-95%.

Синдром раннего детского аутизма наблюдается при шизофрении, конституциональном аутистическом расстройстве личности и резидуально-органическом заболевании головного мозга.

В.М. Башина описывала синдром Каннера как особое конституциональное состояние. М.Ш. Вроно и В.М. Башина, относя синдром к нарушениям шизофренического регистра, рассматривали его как доманифестный дизонтогенез, инициальную стадию шизофрении или постпроцессуальные изменения в результате недиагностированного шуба.

С.С. Мнухин описывал различные проявления раннего детского аутизма в рамках особой атонической разновидности психического недоразвития, возникшего вследствие экзогенно-органического поражения мозга на ранних этапах развития.

Сходные с ранним детским аутизмом нарушения описываются при некоторых врожденных дефектах обмена – фенилкетонурии, гистидинемии, церебральной липидозе, мукополисахаридозах и др., а также прогрессирующих дегеративных заболеваниях мозга (синдром Ретта). Аутистические нарушения при

них всегда сочетаются с выраженным интеллектуальным недоразвитием, часто со временем нарастающим.

Существуют несколько вариантов синдрома, общим для которых является аутизм – болезненное отсутствие контактов с окружающими, имеющее свою специфику в раннем детском возрасте. В большинстве случаев заболевание носит непроцессуальный характер.

Этиология. В связи с клинической гетерогенностью синдрома, различной выраженностью интеллектуального дефекта и разной степенью социальной дезадаптации к настоящему времени пока еще отсутствует единая точка зрения относительно происхождения заболевания.

В целом синдром обязан своему происхождению сложному сочетанию генетического и внешних факторов. Несомненна роль наследственного фактора в происхождении синдрома. У родителей больных ранним детским аутизмом описываются такие черты характера, как эмоциональная холодность, повышенная «рассудительность». Схожие качества в рамках болезненного состояния отмечаются у их детей. В связи с этим Л. Каннер высказывал предположение о том, что влияние наследственной предрасположенности при раннем детском аутизме опосредуется спецификой воспитания детей. Ребенок развивается в условиях формального общения с родителями, испытывает влияние эмоциональной холодности матери, что и обуславливает, в конечном счете, возникновение таких свойств его психики, как замкнутости, отгороженности, невозможности вступления в эмоциональный контакт с окружающими. С психоаналитических позиций, аутизм, избегание общения, «уход в себя», рассматривается как механизм психологической защиты в условиях хронической семейной психотравмирующей ситуации, вызванной эмоциональным отвержением или патологической фиксации симбиотической связи в системе «мать-дитя».

Генетические исследования последних десятилетий показали связь синдрома раннего детского аутизма с хромосомной патологией – ломкой и фрагильной X-хромосомой. Данная аномалия обнаруживается у больных ранним детским аутизмом мальчиков в 19% случаев.

Широко обсуждается роль органической патологии мозга в происхождении раннего детского аутизма. Механизм формирования синдрома связывается со специфической мозговой локализацией – стволовыми отделами, ретикулярной формацией, лобно-лимбической системой и др. Шизоформный характер поведения связан с преимущественным недоразвитием «энергозаряжающих» систем ствола мозга.

Патогенез. Механизм возникновения синдрома Каннера в большинстве случаев рассматривается в связи с первичной слабостью той или иной психической сферы. Существуют многочисленные данные о роли патологии восприятия в происхождении симптомов аутизма. Механизм возникновения синдрома связывается с парадоксальной реакцией на окружающие раздражители в условиях сенсорной гиперчувствительности и «недостаточной фильтрации внешних стимулов». Резидуально-органическая отягощенность детей с ранним детским аутизмом дает основание связывать механизм формирования синдрома с це-

ребральными патофизиологическими механизмами – нарушением уровня активности, витального тонуса, бодрствования. Эти же механизмы могут лежать в основе парциальной недостаточности некоторых функций, в частности, нарушения концентрации внимания, его быстрой истощаемости, выраженной избирательности. Особенности употребления речевых единиц, нарушение понимания значения слов, неспособность к усвоению грамматических правил также понимается как результат общих интеллектуальных нарушений.

Патогенез клинических проявлений синдрома В.В. Лебединским и О.С. Никольской рассматривается в рамках представлений о первичных и вторичных расстройствах. Первичные связаны с недостаточностью регуляторных систем (активирующей, инстинктивно-аффективной), вторичные – с дефицитностью анализаторных систем (гностических, речевых, двигательных). К первичным расстройствам относят сенсоаффективную гиперестезию и слабость энергетического потенциала. Вторичные расстройства – аутизм, стереотипии, патологические фантазии – носят характер псевдокомпенсаторной аутостимуляции.

Анализ речевых структур синдрома в рамках клинико-семантического подхода дает основание связывать развитие аутистических тенденций с нарушением одной из основных характеристик мыслительного акта – интенции (направленности мысли на предмет). Структурные расстройства мышления обуславливают, прежде всего, нарушение процесса наименования. Субъект речи не употребляет лексические единицы в их основном назначении – указании на предмет, событие, явление. В результате лексические не получают предметного значения единицы (не становятся словесными формами предметов) и, тем самым, не указывают на фрагменты реальности. Отсутствие интенционального свойства мыслительного акта лежит в основе нарушений как потребности в межперсональном общении, так и, в широком плане, обращенности к предметной реальности. Субъект речи не выходит за пределы субъективного поля, оставаясь в границах собственного я.

Клинические проявления синдрома раннего детского аутизма крайне разнообразны. Они включают в себя:

1. Нарушение общения

Основным признаком заболевания считается аутизм – невозможность устанавливать отношения с окружающими людьми, болезненная боязнь контакта с ними, отгороженность от внешнего мира. Это проявляется с самого рождения отсутствием адекватной эмоциональной реакции на мать, тревогой при общении со всем новым, игнорированием общения со сверстниками, стремлением к территориальному уединению, одинаковым отношением к одушевленным и неодушевленным предметам, гиперчувствительностью к физическому воздействию, прикосновению и т.д.

- **Отношение с матерью.** Специфический признак на первом году жизни – отсутствие «позы готовности» (встречного движения) при взятии ребенка на руки. Характерны три формы отношений с матерью: а) симбиотическая (при уходе матери возникает тревога); б) аутистическая (не реагирует на присут-

вие и уход матери, предпочитает оставаться в одиночестве; в) негативистическая (ребенок пытается прогнать мать, отталкивает рукой). Эти формы могут сменять одна другую.

- Отношение с детьми. Отчетливо наблюдаются: а) попытки избежать общения (тянет мать за руку и говорит «уходим, уходим»); б) полная индифферентность (играет в песке, не обращая внимания на детей); в) появление страха в присутствии детей; г) избирательность общения с детьми; д) агрессивные действия в адрес детей, в том числе и к собственным братьям, сестрам.

2. Нарушения речи

На первом году жизни отмечается задержка развития предречевых вокализаций – гуления, лепета, псевдослов, отсутствие интонационной выразительности и специфического сигнального значения крика-плача и других вокализаций.

В раннем возрасте запаздывают сроки появления первых слов и фраз, длительно сохраняются эхологические речевые формы. Нарушение формирования экспрессивной речи проявляется отсутствием ответов на заданные вопросы. Дети не используют по отношению к себе формы и местоимения в первом лице (например, выражая желание получить игрушку, говорит «дать»). Характерны эхололии (на вопрос: «Пойдем гулять?» ребенок отвечает: «Гулять»). Дети могут достаточно правильно воспроизводить мелодии известных песен. Отмечаются элементы скандирования, фразы носят отрывочный характер, нередко рифмуются. Эпизодически произносятся слова, не имеющие значения в данной ситуации, например, при беседе с врачом ребенок произносит «катаракта», «экскаватор». Высказывания не передают эмоционального тона переживаний, интонации нарушена, иногда ударения ставится на последних слогах, слоги произносятся с напевом. Нарушается порядок слов.

Относительно специфической является автономная речь, разговоры с собой или полный мутизм. Вместе с тем встречаются сложные речевые формы, использование вводных слов («как говорят», «видите ли»). В частности, ребенок пяти лет поправил врача: «Надо говорить не скучно, а скушно». Общая закономерность выражается в нарушении коммуникативной функции речи. Первые признаки потребности в речевом общении появляются лишь к 6–8 годам.

В.М. Башиной, Н.В. Симашковой выделяют следующие речевые нарушения при раннем детском аутизме: 1) нарушения речи как следствие задержанного развития (косноязычие, физиологическая эхололия, бедность словарного запаса и др.); 2) речевые нарушения в связи с задержанным становлением сознания Я в виде неправильного употребления местоимений и глагольных форм; 3) речевые нарушения кататонической природы (вербигерации, эхололии, эгоцентрическая, затухающая, внутренняя речь, мутизм, скандирование, растянутое или ускоренное звукопроизношение, паралингвистические нарушения тональности, темпа, тембра речи и др.); 4) нарушения речи как следствие психического регресса (появление речи довербального фонематического уровня); 5) расстройства речи, связанные с патологией ассоциативного процесса (нарушения смысловой стороны речи в виде незавершенных, непоследовательных ассоциаций, контаминаций и др.).

3. Эмоциональные нарушения

В младенческом возрасте наблюдается задержка сроков появления первой улыбки. Отсутствуют положительные эмоции в ответ на улыбку взрослого, ласковый разговор. Ребенок улыбается, как правило, при виде неодушевленного предмета. «Комплекс оживления» возникает позднее, рудиментарный (отсутствует один из компонентов – замирание, движение, вокализации, улыбка). Впоследствии эмоциональная реакция на появление матери и близких также отсутствует.

В раннем возрасте отмечается задержка формирования, слабость (или чрезмерная выраженность) эмоций удивления, обиды, гнева. Эмоции характеризуются трудностью возникновения, слабой откликаемостью при общении со взрослым. В ряде случаев наблюдаются немотивированные колебания настроения. Ребенка часто беспокоит страх животных, бытовых шумов (звуки пылесоса, полотера, электробритвы, фена, шума в водопроводных трубах и т.п.), тихих звуков (шелеста бумаги, жужжания насекомых и др.), прикосновения, влаги, высоты, лестницы, огня, тревога при изменении яркости света, цвета и формы предметов. Нет страха темноты.

Основное качество эмоциональных реакций – их несоответствие ситуациям, событиям. Наиболее характерно тревожное напряжение или выраженная тревога (капризность, постоянное беспокойство) при попытках изменить сложившийся порядок жизни, игры, расположение предметов в комнате, времени и места прогулки, предложить новый вид пищи, поменять одежду. Это относительно специфический симптом – феномен «тождества», проявляющийся в потребности сохранения сложившегося порядка, страха перед переменами.

Тревожное напряжение возникает при появлении посторонних, при проявлении внимания, особенно при попытках проникнуть в их внутренний мир. Часто можно наблюдать равнодушное отношение в тех ситуациях, когда, напротив, дети должны обнаруживать недовольство или беспокойство. При играх эпизодически появляется улыбка на лице и выражение удовольствия.

4. Особенности познавательной деятельности

По результатам обследования с помощью методики Векслера выявлено, что общий интеллектуальный показатель ниже, чем у детей с нормальным развитием, но выше, чем при умственной отсталости. Средний уровень невербальных показателей в одной трети случаев соответствует показателям при умственной отсталости, прежде всего в отношении выделения последовательности событий, пространственных отношений, способности переключения внимания на предметном уровне. Отмечается неравномерность показателей вербально-интеллектуальной функции. Общий объем знаний, понимание общественных норм жизни и способность оперировать числами ниже нормы. Активный запас слов и механическая память – выше нормы.

Мышление носит конкретный, «регистрирующий», «фотографический» характер. Отмечается достаточный уровень развития отдельных способностей, например, значительный запас сведений в области ботаники, энтомологии, астрономии и пр. Дети употребляют латинские обозначения, приводят классификацию и, вместе с тем, не владеют пространственными понятиями и навыками,

например, право-лево. При письме неровная строчка с корявыми и прыгающими буквами и зеркальным изображением. Таким образом, структура интеллектуального дефекта у детей с раннего детского аутизма качественно иная, чем при умственной отсталости. Интеллектуальная недостаточность «перекрывается» нарушениями личности и поведения.

5. Нарушения двигательных навыков

В период младенчества обращают на себя внимание различные двигательные стереотипии: раскачивание в колыбели, однообразные повороты головы, ритмичные сгибания и разгибания пальцев рук, упорное длительное раскачивание стенок манежа, на игрушечной лошадке, качалке, кружение вокруг своей оси, машущие движения пальцами либо всей кистью.

На первом году жизни отмечается также задержка развития навыков самостоятельного сидения, ползания, вставания. Их особенностью является отсутствие ускорения развития при активной помощи со стороны взрослого. Характерна «внезапность» перехода к ходьбе и практически одновременное появление навыка бега с навыком ходьбы. К особенностям бега относятся: импульсивность возникновения, особый ритм (стереотипное перемещение с застываниями), бег с широко расставленными руками, на цыпочках. Особенностью походки является: «деревянность» (ходьба на несгибаемых ногах), порывистость, некоординированность, ходьба по типу «заводной игрушки». С раннего возраста могут отмечаться медлительность, угловатость, порывистость, неуклюжесть, «мешковатость», «марионеточность». В ряде случаев – необычная грациозность, плавность движений, ловкость при лазанье и балансировании.

Значительно запаздывает освоение указательных жестов, отрицательно-утвердительных движений головой, жестов «согласие-несогласие», «приветствие-прощание» (помахал рукой, стоя спиной к врачу). Характерны затруднения в имитации движений и жестов взрослых и сопротивление помощи при обучении двигательным навыкам.

Мимика бедная, напряженная, иногда неадекватные гримасы. Часто наблюдается неподвижный, застывший, «испуганный» взгляд. В ряде случаев отмечаются красивые лица с «прорисованными» чертами («лицо принца»).

В целом относительно специфическими симптомами нарушения движений при раннем детском аутизме являются: а) атетозоподобные движения пальцев рук – стереотипные движения в виде перебирания, складывания, сгибания и разгибания пальцев; б) стереотипные движения в форме потряхиваний, взмахиваний, вращений кистями рук, подпрыгивание в виде отталкивания кончиками пальцев, бег на цыпочках, кружение, раскачивание головой и туловищем. Двигательные стереотипии полностью исчезают после 6–8 лет, реже наблюдаются до 12 лет.

6. Особенности игровой деятельности

С раннего возраста для игровой деятельности характерны элементарные формы. Отмечается либо полное игнорирование игрушек, либо их рассмотрение без стремления манипулировать. Наблюдаются кратковременные или более длительные стереотипные действия с такими предметами обихода, как веревочки, ключи, гайки, бутылки и т.д. Реже встречается интерес к игрушкам, но

и при этом преобладают такие стереотипии, как верчение их перед глазами, перекладывание с места на место, постукивание о пол или касание игрушками лица, обнюхивание, облизывание. В игре отсутствуют игровые сюжеты. Характерны игры со струей воды, переливание жидкости из одной посуды в другую. Отмечен интерес к старым ржавым трубам, велосипедным колесам. Попытки родителей прервать стереотипные действия вызывают выраженные эмоциональные реакции протеста, истошные крики, плач.

7. Особенности восприятия

- **Зрительное восприятие.** В младенческом возрасте может отсутствовать слежение за движущимся предметом. Длительно не формируется навык узнавания близких (матери, отца, родственников).

Специфическими особенностями зрительного поведения являются непременность взгляда в глаза, преобладание периферического зрения, взгляд мимо или «сквозь людей», «бегающий взгляд», поиск необычных зрительных впечатлений (перелистывание страниц), явление «псевдослепоты», длительная сосредоточенность взгляда на «беспредметном» объекте – световом пятне, блестящей поверхности, узоре обоев, ковра, мелькании теней. При этом отмечается особое, «за мороженное» их созерцание. Характерна гиперчувствительность к зрительным стимулам, например, испуг при включении света, раздвигании штор. Как следствие, ребенок стремится находиться в темноте.

- **Слуховое восприятие.** В младенчестве отмечается длительное отсутствие реакции на звук, в дальнейшем сменяющееся гиперчувствительностью, предпочтением тихих звуков. Ребенок не привыкает к характерным звукам домашней обстановки (звонку, пылесосу), но длительно прислушивается к звуку разрывания бумаги, шуршания целлофановых пакетов, раскачивания створок двери. Отсутствует реакция на словесные обращения, оклик ребенка по имени, избирательность ответных реакций на речь. Рано возникает интерес к прослушиванию музыки.

- **Тактильная, вкусовая, обонятельная и проприоцептивная чувствительность.** Вначале с раннего возраста наблюдается слабость или отсутствие реакции на мокрые пеленки, холод, голод, прикосновение. В дальнейшем появляется гиперсензитивность к тактильным раздражителям, ребенок противится пеленанию, купанию, причесыванию, стрижке ногтей и волос. Его стесняет одежда, обувь, он стремится раздеться донага. Характерна тяга к несъедобному. Отмечается гиперсензитивность к запахам и вкусам. Знакомство с новыми предметами и игрушками ребенок начинает, предварительно длительно ощупывая, обнюхивая и облизывая их. Находясь одни, дети часто «стимулируют» себя, напрягая тело и конечности, ударяя себя по ушам, зажимая их при зевании, ударяя головой о коляску, спинку кровати.

8. Особенности сна и пищевого поведения

Отмечаются нарушение ритма «сон-бодрствование», засыпание лишь в определенных условиях (на улице, на балконе, при укачивании), поверхностность, прерывистость сна днем, «спокойная бессонница», вялость при сосании груди, задержка появления сроков сосания, избирательность в еде (чрезмерная чувствительность к твердой пище, употребление только протертой,

предпочтение одного вида пищи и отвергание новых, трудность введения прикорма), жесткое следование усвоенному пищевому режиму и болезненная реакция на его изменение. Кормление возможно лишь в особых условиях (например, ночью, в просоночном состоянии). Нередки явления срыгивания, привычные рвоты, запоры.

9. Нарушения влечений

Может наблюдаться жестокость к родителям, другим детям, животным. Агрессивные действия возникают как способ привлечь внимание окружающих, вступить в игру, а также как проявление радости. Аутоагрессивные действия носят спонтанный характер или возникают при неудачах. Инстинкт самосохранения может значительно снижаться. Дети часто выпадают из коляски, окон, стремятся выбраться из манежа, выбегают на проезжую часть улицы, убегают от матерей на прогулке.

Прогноз. С возрастом уровень адаптации детей с синдромом раннего детского аутизма повышается, однако отмеченные выше качества полностью не исчезают. Более тяжелый прогноз в виде выраженного интеллектуального дефекта обычно возникает при резидуально-органическом аутизме, атоническом варианте умственной отсталости.

Диагностика. Как правило, родители не замечают психических нарушений ребенка до трех лет, то есть до того времени, когда ребенок обязательно должен вступить в полноценное общение с окружающими. Этому способствует отсутствие родительского опыта и характерологические особенности родителей. Реакция родителей на открытие «аномальности» ребенка проявляются подавленностью, растерянностью, тревожным опасением за будущее.

Наибольшее диагностическое значение имеют выраженный *протодиакризис* – одинаковое отношение к одушевленным и неодушевленным предметам, патологическое содержание переживаний – патологические фантазии, навязчивые состояния, регресс речи и поведения, психическая ригидность.

Ранняя диагностика детского аутизма на первом году жизни основывается на следующих критериях: 1) нарушение взаимоотношения мать-дитя в форме безразличного отношения к матери и отсутствия эмоциональных реакций при ее уходе; 2) отсутствие дифференцированных типов крика-плача и предречевых вокализаций в возрасте 0–6 месяцев, звуко- и слогоподражания, снижение или полное отсутствие голосовых проявлений; 3) однообразность поведенческих актов; 4) низкий уровень мотивации.

Общие принципы терапии

Терапия синдрома раннего детского аутизма складывается из использования психотерапии, психотерапии (индивидуальной, семейной и др.), коррекционно-педагогической работы.

Психофармакотерапия направлена на купирование психопатологических проявлений, вегето-сосудистой дистонии, на активацию ребенка и снижение психического напряжения.

Терапевтический подход к раннему детскому аутизму предполагает, прежде всего, постоянное сотрудничество специалистов различного профиля – психиатров, психологов, педагогов, логопедов, музыкальных работников с родителями. Совместно отработываются способы обучения родителей игре с аутичными детьми, привитие навыков самообслуживания. Родителям разъясняется характер имеющихся у ребенка трудностей и способы преодоления нежелательных форм поведения.

Комплексное лечение синдрома включает в себя: 1) методики специального обучения и воспитания (коррекционно-педагогическую работу); 2) психотерапевтическую работу с больным ребенком; 3) семейную психотерапию.

Методики специального воспитания и обучения включают: а) обучение повседневным навыкам (поведение в трудных для больного ситуациях – застегивание пуговиц, стрижка волос, выход на улицу и др.); б) обучение навыкам речевого общения, жестам (в первую очередь языковым шаблонам приветствия, прощания, обращения, просьбы); в) обучение движениям, пластике (танцы под музыку, занятия в группах ЛФК, обучение плаванию, ходьбе на лыжах); г) при выраженной задержке развития используются обучающие игры («надень кольцо», «цветное лото», «разложи по форме, цвету», «игры по правилам», «игры, создающие зрительные аналоги языка»).

Психотерапевтическая работа проводится в небольших группах детей по 4-5 человек. Занятия проводят врачи или психологи, на каждого ребенка необходим один взрослый. Вначале – активное вовлечение детей в действия с игрушками, впоследствии – расширение диапазона игр и переход к речевым контактам. Для более старших детей применимы практически все методы психотерапии, в том числе диагностические полиморфные группы (пациенты с различными психическими заболеваниями).

Семейную психотерапию следует проводить в три этапа: 1) индивидуальная психотерапия каждого из членов семьи (помощь родителям в осознании целесообразности полного отказа от себя во имя ребенка и смирении с мыслью о его заболевании); 2) коррекция внутрисемейных отношений в целом (совместное наблюдение и обсуждение поведения ребенка с целью достижения понимания его потребностей); 3) привлечение родителей к медико-педагогической работе.

Вариантом индивидуальной психотерапевтической работы родителей с ребенком является холдинг-терапия. Методика включает в себя повторяющиеся процедуры удержания ребенка на руках родителей до полного его расслабления. Психологическим обоснованием (удержание на руках, тесный телесный контакт с матерью) является то, что холдинг противопоставлен типичному аутистическому поведению с избеганием контактов с близкими.

8. НЕВРОЗЫ

Невроз – функциональное расстройство нервной системы, характеризующиеся разнообразными соматовегетативными и эмоциональными нарушениями. Невроз – психогенное заболевание, связанное с нарушением системы отношений пациента к себе, к окружающим, к мнению окружающих о себе (Мясищев В.Н., 1960).

К неврозу предрасполагают интра- и перинатальные вредности, следствием которых являются явления минимальной мозговой дисфункции. Вместе с соматическими заболеваниями они образуют патологически измененную почву.

Важным фактором внутренних условий в этиологии неврозов у детей младшего возраста является так называемое невропатическое состояние (врожденное или приобретенное). Аналогично и соматическая ослабленность у детей, часто болеющих, перенесших «цепочку» инфекций, способствующих возникновению разнообразных реактивных состояний и невротических реакций, преимущественно с астеническим компонентом (В.В. Ковалев, 1995).

Особенностью неврозов у детей является незавершенность и рудиментарность симптоматики, преобладание соматовегетативных и двигательных расстройств, отсутствие личностного переживания, связанного с их наличием, возникновение их в виде непосредственной реакции без глубокой внутренней переработки. Поэтому у детей преобладают невротические реакции «моносимптомного» характера и относительно редко встречаются общие неврозы. В пубертатном возрасте преобладают общие неврозы, которые нередко приобретают затяжное течение или переходят в невротическое развитие личности.

Для невроза характерны:

- Обратимость симптомов, независимо от их длительности.
- Психогенная природа заболевания с содержательной и временной связью между клинической картиной невроза, особенностями системы отношений и конфликтной ситуацией.
- Наличие у пациента критики к своему состоянию.
- Преобладание эмоциональных и соматовегетативных расстройств.

В диагностике неврозов имеется ряд принципов:

- Невроз связан с неспособностью личности в данных конкретных условиях самостоятельно разрешить психотравмирующую ситуацию.
- Появление и течение невроза связано переживаниями личности, наблюдается соответствие между динамикой состояния больного и изменениями психотравмирующей ситуации.
- Содержание невротических симптомов связано с психотравмирующей ситуацией и переживаниями личности (аффективная реакция, патологическая фиксация тех или иных ее переживаний).
- При неврозе более эффективна психотерапия, по сравнению с биологическими методами воздействиями. Психотерапия при этих состояниях представляет собой систему специальных регулирующих воздействий на психику и через психику на весь организм человека, применяемую с лечебной целью.

В патогенез неврозов особое место занимает *невротический конфликт*, патогенное влияние которого обусловлено неспособностью индивида разрешить его. Внешний конфликт определяется столкновением нарушенных отношений личности с требованиями окружающей среды. Внутрличностный конфликт обусловлен противоречивыми желаниями, мотивами и позицией личности.

Чаще всего конфликт связан с неудовлетворением потребностей: адекватной социальной оценки (трудовой деятельности и личных достоинств); любовно-эротических; дружественного общения; самовыражения и самоутверждения.

Таблица 8

Неврозы у детей

Общие	Невроз страха. Истерический невроз. Невроз навязчивых состояний. Неврастенический невроз. Ипохондрический невроз.
Системные	Невротический энурез. Невротический энкопрез. Невротическое заикание. Невротические тики. Невротические расстройства сна. Невротические расстройства аппетита.
Патологические привычки	Сосание пальца. Кусание ногтей (онихофагия). Выдергивание волос (трихотилломания). Раскачивание (яктация). Мастурбация.

Основными формами **общих неврозов** являются неврастения, невроз навязчивых состояний и истерический невроз.

Неврастения связана с невротическим конфликтом по типу «хочу, но не могу» – завышенными претензиями личности, сочетающимися с недооценкой или полным игнорированием своих умственных или физических возможностей.

Неврастения у детей чаще всего возникает при соматической ослабленности, наличии в анамнезе резидуальной церебрально-органической недостаточности и невропатических реакций. Также важна роль доминирующей гиперпротекции с чрезмерными требованиями и излишними ограничениями, превышающими возможности ребенка. Необходима психотравмирующая ситуация.

Наблюдаются повышенная утомляемость после умственной работы и, как следствие, раздражительность, тянущая головная боль, нарушение сна, головокружение, неспособность расслабиться, слабость в теле и истощение после минимальных усилий, диспепсия, боли в мышцах. Возможно присоединение вегето-сосудистой симптоматики. Головные боли обусловлены напряжением шейных и затылочных мышц из-за необходимости постоянно быть в тонусе.

Для лечения показана личностно-реконструктивная психотерапия. При нежелании или невозможности менять образ жизни применяется фармакотерапия (ноотропы, витамины, адаптогены) и гипносуггестивная терапия, с переходом в дальнейшем к личностно-реконструктивным методам.

Истерический невроз в настоящее время носит название «*Диссоциативное и конверсионное расстройство*». Под истерическим понимают любое поведение, единственной целью которого является желание быть в центре внимания. Невротический конфликт формулируется как «хочу во что бы то ни стало» – превышение требовательности к окружающим над требовательностью к себе и отсутствие критики к своему поведению. Данная форма характеризуется разнообразными соматовегетативными, моторными, сенсорными, аффективными расстройствами невротического уровня. В их возникновении и клинических

проявлениях ведущая роль принадлежит механизму «условной приятности или желательности» – симптом является для больного желательным, приятным, дающим определенные выгоды (выход из трудной ситуации, бегство от несносной действительности). От симуляции такое поведение отличается обусловленностью подсознательными механизмами. В этиологии истерического невроза важная роль принадлежит наличию истероидных черт личности и психического инфантилизма (внутренние условия), а также воспитанию по типу потворствующей гиперпротекции – «кумир семьи» (внешние условия).

Истерические проявления детей раннего, дошкольного и младшего школьного возраста проявляются в форме относительно кратковременных, чаще моносимптомных невротических реакций.

Специфической формой является избирательный отказ от речевого общения (элективный мутизм) – молчание, «защищающее» ребенка от психотравмирующей ситуации, связанной с необходимостью речевого общения.

Соматовегетативные расстройства у детей отмечаются значительно чаще, чем двигательные. Они проявляются абдоминальными болями, преимущественно в эпигастрии, болями в области сердца, головными болями, рвотой, нарушением глотания, задержкой мочеиспускания и т.п.

Ранним проявлением обмороков и истерических приступов являются **аффективно-респираторные приступы** (приступы задержки дыхания). Появляются в конце первого года жизни и могут продолжаться до 2–3 летнего возраста. Задержка дыхания представляет собой рефлекс, когда плачущий ребенок с силой выдыхает почти весь воздух из легких. В этот момент он замолкает, рот открыт. Задержка дыхания длится не более 30–60 секунд и спонтанно проходят после того, как ребенок переводит дыхание и снова начинает кричать.

«Бледные» приступы чаще всего являются реакцией на боль при падении, уколе. По механизму развития приближается к обморокам. В дальнейшем у части детей развиваются обморочные состояния.

Чаще развиваются «синие» приступы. Они являются выражением недовольства, неисполненного желания, гнева. При отказе выполнить его требования, ребенок начинает плакать, прерывистое глубокое дыхание останавливается на вдохе, появляется небольшая синюшность. Приступы внешне сходны с ларингоспазмом – спазмом мышц гортани.

Иногда приступ несколько затягивается, развивается либо резкое снижение мышечного тонуса («обмякает»), либо тоническое напряжение мышц и ребенок выгибается дугой (опистотонус) – апноэтические (аноксические) генерализованные судороги. Последние делают аффективно-респираторные судороги похожими на эпилептические. В большинстве случаев приступ развивается на фоне нормальной ЭЭГ, механизм возникновения судорог – аноксический, а лечение транквилизаторами и антиконвульсантами неэффективно. Однако в ряде случаев припадки утяжеляются и учащаются, постепенно теряется связь с аффективными реакциями, судороги трансформируются в другие виды пароксизмов. У части таких больных на ЭЭГ возникает эпи-активность. Есть предположение, что аноксический механизм при многократном его повторении включает эпилептический.

Аффективно-респираторные приступы рассматривают как неэпилептические пароксизмы сочетанного психогенного и гипоксического генеза (Ковалев В.В., 1979; Коровин А.М., 1984), либо как переходные церебральные пароксизмы, объединяющие в себе неэпилептические и, возможно, эпилептические механизмы (Кельин Л.Л., 1990; Натриашвили Г.Д., 1987), либо как фактор риска эпилепсии у детей (Карлов В.А., 1990; Харитонов Р.А. и соавт., 1990). Большинство исследователей считают, что аффективно-респираторные судороги не являются эпилепсией, хотя, возможно, входят в группу факторов риска возникновения эпилепсии.

Принцип, что единственный способ избежать повторения и закрепления таких приступов – полностью игнорировать их, при аффективно-респираторных приступах не совсем подходит. Родителям следует использовать ряд принципов профилактики аффективно-респираторных приступов:

- Плач и крик чаще появляется при усталости, голоде или спешке. Следует избегать ожидания в очереди, не отправляться за покупками, когда ребенок голодный, утром вставать чуть раньше, чтобы избежать спешки.
- Дети более склонны реагировать на просьбу родителей сделать что-то, а не прекратить делать что-то. Если ребенок кричит, попросите его подойти к вам, вместо того, чтобы требовать прекратить крик.
- Двухлетний ребенок может быть неспособным осознать или выразить словами свои чувства. Следует дать название его эмоциям, а затем четко дать понять, что, несмотря на чувства, есть определенные пределы его поведению.
- Часто бывает полезным объяснить последствия их поведения.
- Следует вмешиваться раньше. Легче остановить приступ ярости в его начале. Маленьких детей часто удается отвлечь, заинтересовать чем-то.
- Если приступ с задержкой дыхания развился, следует помнить, что рефлексорная задержка дыхания почти никогда не причиняет вреда.
- Во время приступа можно способствовать рефлексорному восстановлению дыхания теми или иными воздействиями (дунуть на ребенка, похлопать по щекам, пощекотать).
- После приступа ободрите и успокойте ребенка, если он не понимает, что произошло. Еще раз подчеркните необходимость хорошего поведения.

Невроз страха (фобический невроз) – навязчивые переживания страха с четкой фабулой, обостряющиеся в определенных ситуациях при наличии достаточной критики к ним.

Причинами могут быть шоковые и субшоковые психотравмы, вызывающие острый испуг, а также затяжные психотравмирующие ситуации (длительная разлука с родителями, их тяжелая болезнь). Важна роль тревожно-мнительных черт характера и проявлений психического инфантилизма в виде повышенной впечатлительности и внушаемости. Способствует неправильное воспитание по типу гиперпротекции с тревожными опасениями родителей по поводу жизни и здоровья ребенка, воспитание в «тепличных» условиях.

Среди страхов выделяют: социофобии (страх выступления перед аудиторией, покраснения, невозможности проглотить пищу в присутствии посторонних, рвоты в обществе, покраснеть и одновременно вспотеть), нозофобии

(страх за состояние своего сердца, сумасшествия, заболевания раком), обсессивно-компульсивные (страх загрязнения, заражения, нанести увечья близким).

Также различают страхи, не препятствующие социальной адаптации (психовегетативные реакции у доски, страхи контрольных работ – школьный невроз, фобия экзаменов) и препятствующие адаптации (эмоциональный ступор, невротическая поллакиурия, дисфагия в структуре социофобии).

У детей преддошкольного возраста и дошкольного возраста преобладают страхи животных (чаще собак), сказочных персонажей, персонажей из детских книг и фильмов (серый волк, кощей бессмертный и т.п.), драк, скандалов. В дошкольном и младшем школьном возрасте часто встречаются страхи темноты, разлуки с родителями, одиночества. В препубертатном и пубертатном возрасте частая тематика страхов – мысли и представления о тяжелой болезни или смерти, а страхи приобретают характер ипохондрических сверхценных опасений).

«Школьный невроз» является особой формой фобического невроза. Чаще встречается у младших школьников. Проявляется устойчивым страхом посещения школы, с разнообразными реакциями пассивного протеста в виде дневного энуреза или энкопреза, истерической рвотой и другими психогенными нарушениями. В основе лежит либо страх разлуки с матерью, либо боязнь трудностей, связанных с учебой, страх перед строгим учителем. Школьные страхи могут начинаться с выхода ребенка из дома, продолжаться в школе, после школы и заканчиваться вечером, параллельно засыпанию, оказывать влияние на течение сна, формирование ночных страхов. Могут продолжаться и на каникулах.

Большинство страхов хорошо поддаются терапии. Применяют поведенческую психотерапию с элементами арттерапии (методика рисуночной десенсибилизации страхов), гипносуггестивную терапию для старших школьников в сочетании с разнообразными приемами поведенческой терапии (фединг, имплозия), игровую групповую терапию с элементами психодраматизации.

Невроз навязчивых состояний в настоящее время носит название «*Обсессивно-компульсивное расстройство*». Проявляется синдромом навязчивых явлений. Невротический конфликт определяется формулой «хочу, но сомневаюсь». В характере преобладает тревожно-мнительный радикал. Противоречивые внутренние потребности личности (борьба между желанием и долгом, моральными принципами и личными привязанностями или желаниями) создают борьбу двух противоположных тенденций. В этиологии существенна роль неправильного воспитания по типу доминирующей гиперпротекции в совокупности с тревожным отношением родителей к здоровью ребенка.

Клинические проявления разнообразные – в ответ на острую или хроническую психотравмирующую ситуацию появляются навязчивые мысли, движения, действия, ритуалы. Последние представляют собой защитную невротическую реакцию, которая формируется на подсознательном уровне (неосознаваемая идея защиты собственного благополучия или безопасности близких) с целью предупредить неприятное событие (вернуться и проверить, выключен ли газ, свет, закрыта ли дверь). Имеется потребность в повторении навязчивого движения, связанная с эмоциональным напряжением, которое усиливается при

задержке этого движения. Действия могут занимать по несколько часов в день, практически полностью нарушая нормальное функционирование человека. Со школьного возраста навязчивые действия осознаются как чуждые, болезненные, «дурные». Дети пытаются их скрыть, стесняются. Они усиливаются при волнении и очень часто сочетаются с навязчивыми страхами.

Нервная (психическая) анорексия развивается преимущественно у девушек в возрасте от 14 до 20 лет.

Клиническая картина на начальном этапе выражается в формировании сверхценного убеждения в чрезмерной полноте и необходимости похудеть, сознательном ограничении приема пищи, повышенной двигательной активности, более или менее быстром похудании и возникновении ряда вторичных соматических расстройств (аменорея, анемия, трофические нарушения, желудочно-кишечные расстройства).

На втором этапе обычно наблюдается полный отказ от еды. Прогрессирующее снижение веса сопровождается нарастанием соматоэндокринных расстройств (отмечается также интенсивный рост пушковых волос).

На третьем этапе развивается кахексия – резкое истощение, полное исчезновение подкожно-жирового слоя. Кожа становится сухой, шелушится, появляются трофические язвы, «заеды» в углах рта. Со стороны внутренних органов – запоры, энтероколиты, анацидный гастрит. Выражены астения и адинамия.

При нервной анорексии показано стационарное лечение, в связи с возможным летальным исходом. Терапия комплексная – фармакотерапия (транквилизаторы, нейролептики), метаболическая терапия (раствор глюкозы в/в, витамины групп А, В, С, Карнитин, Кобаламин), налаживание режима питания, психотерапию. Средняя продолжительность болезни 2-3 года.

Системные неврозы проявляются невротическим моносимптомом в сочетании с генерализованной тревогой и вегетативными нарушениями.

- **Энурез** – недержание мочи во время сна (ночного или дневного) у ребенка старше четырех лет. В детском возрасте он встречается среди мальчиков в 12%, среди девочек в 7%. К началу школьного возраста сохраняется у 4,5% детей. Невротический энурез возникает сразу после вероятной психотравмы, например, после первого визита в детский сад, школу, посещения стоматолога, развода родителей или рождения в семье маленького брата или сестры, появления отчима. Другими психотравмирующими факторами являются преждевременное высаживание на горшок, ситуация, когда ребенок длительно находится в мокрых пеленках или другой одежде в более старшем возрасте, депривация, физические наказания, постоянное использование памперсов, настойчивые и постоянные пробуждения с целью высаживания.

Показано амбулаторное лечение. Его цель – сформировать у пациента правильный рефлекс – своевременно проснуться в ответ на наполнение мочевого пузыря. Применяется поведенческая, гипносуггестивная терапия, «материнский» гипноз, отрицательное самовнушение по Танцюре, парадоксальная интенция В. Франкла.

- При *дневном недержании мочи*, в отличие от ночного, обязательны консультации нефролога (исключение воспалительных процессов, цистита, пиелонефрита), уролога (исключение пороков развития МВС, в частности эписпадии), невролога (исключение нарушения спинальной проводимости или миелодисплазии), ортопеда (исключение пороков развития крестца и копчика), эндокринолога (исключение несахарного мочеизнурения).

Невротическая форма проявляется в структуре реакции пассивного протеста (в яслях, детском саду, в присутствии нежелательного лица), но может фиксироваться, утрачивая связь с психотравмой.

Эффективны методы поведенческой и суггестивной терапии с адаптированным комплексом бихевиотерапии (дневником, формулами внушения). Невротическая форма требует семейной терапии. При невротоподобной форме (в структуре синдрома гиперактивности) используются ноотропные препараты.

- *Поллакиурия* – резко учащенное мочеиспускание. Встречаемость 0,6–0,8%. Потребность посещать туалет возникает иногда до 50–60 раз в день. Мочится незначительными количествами мочи. Причиной является «нестабильный детрузор», создающий между актами мочеиспускания повышенное давление в мочевом пузыре в ответ на любые (даже очень слабые) раздражители. Позывы при невротической форме мало связаны с наполнением мочевого пузыря.

Лечение включает в себя спокойную, доброжелательную обстановку в семье, исключение физических наказаний, насмешек в связи с проблемой; снижение требований к ребенку, особенно, если они превышают его возможности.

- *Энкопрез* – недержание кала функциональной природы. Встречается у 0,8% детей. Этиология разнообразная: перенесенные в младенчестве заболевания ЦНС, воспалительные заболевания кишечника; запоры психогенного характера (в семьях с повышенным вниманием к процессам питания); запоры с формированием анальных трещин (болевого компонента при дефекации приводит к тревожному ожиданию боли и страху перед посещением туалета); депривация (ходит запачканным весь день); памперсы; страх перед горшком (неприятие вида собственного кала). Энкопрез может выступать как протестное реагирование (при появлении отчима, угрозе распада семьи, рождение сибса, в начальный период посещения яслей или детского сада, реже – школы). Энкопрез является регрессивным симптомом – возвращением в младенческий возраст, когда данное явление является нормальным.

Принципы терапии – семейная терапия, сепарация отношения родителей к симптому от отношения к ребенку, поведенческая терапия (основной метод) – принцип постепенного включения негативных стимулов; гипносуггестивная терапия с продолжением поведенческой терапии во время гипнотических сеансов; полное сотрудничество родителей с психотерапевтом, выполнение всех рекомендаций (кардинально повышает эффективность лечения); недопустимость блокировки заменяющей симптоматики в течение четырех месяцев.

- *Заикание* – нарушение ритма, темпа и плавности речи, связанное с судорогами мышц, участвующих в речевом акте. Встречается у 1–5% населения, у мальчиков в три раза чаще. В основном развивается в возрасте 4–5 лет, когда

происходит значительное усложнение фразовой речи. Логопедически различают клоническую, тоническую, клонико-тоническую формы.

Логоневроз – невротическое заикание – страх речи, говорить в незнакомой обстановке, с незнакомыми людьми. Ребенок нормально говорит с людьми из привычного круга (родителями, родственниками, сверстниками). Может быть отказ от речевого общения в психотравмирующей ситуации (мутизм), изменение темпа речи, голосовой подачи, четкости произношения звуков. Его этиология – психотравмы дома, сверхактивная информационная стимуляция психики ребенка, чрезмерная нагрузка на речевые центры у детей в двуязычных семьях, подражание заикающемуся члену семьи, психотравмы в детском учреждении, попытки родителей и педагогов перевоспитать / переучить леворукого ребенка.

Чрезмерные переживания родителей приводят к тому, что их тревога передается ребенку, усиливая симптом. Они постоянно одергивают детей в ответ на малейшую запинку, требуют по несколько раз повторять фразу, пока ребенок не произнесет ее без ошибки. Таким родителям необходима психотерапия.

Лечение длительно существующего заикания – трудный и долгий процесс. Поэтому оправдано раннее устранение только что начавшегося заикания, в том числе с использованием фармакопрепаратов (транквилизаторов), с параллельным введением ограниченного по длительности специального охранительного режима («обет молчания», затемнение комнаты, отключение радио и телевизора; «шепотной режим»). Важна сочетанная терапия, включающая в себя комплексную фармакотерапию, логопедию и интегративную психотерапию.

• *Тики* – быстрые, непроизвольно повторяющиеся движения, иногда однотипные, но чаще изменчивые и обязательно исчезающие во время сна. Встречаются у 2–4% детей. Появляются в возрасте 2–18 лет (пик в 7–11 лет). Тики отличает их непреодолимый характер. Пациенты безуспешно пытаются их сдерживать. Лишь на какое-то время тики можно подавлять усилием воли. Их выраженность уменьшается при концентрации внимания, во время развлечений. Течение носит волнообразный характер. Характерны сезонные колебания. Моторные тики значительно преобладают над вокальными. Различают тики:

– лица и головы: сморщивание лба, поднятие бровей, моргание веками, зажмуривание, наморщивание носа, оскалывание зубов, покусывание губ, высывание языка, вытягивание нижней челюсти, наклоны, подергивания и покачивания головой, скручивание шеи, смотрение по сторонам, вращение головой;

– рук: потирание рук, подергивание пальцами, перекручивание пальцев и сжимание рук в кулаки;

– тела и нижних конечностей: пожимание плечами, дергание ногами, коленями и большим пальцем («манерный щелчок»), странная походка, покачивание туловищем, подпрыгивание;

– органов дыхания и пищеварения: икота, зевание, принохивание, продувание воздуха через ноздри, свистящий вздох, усиленное дыхание, отрыжка, сосательные или чмокающие звуки, прочищение горла.

Простые моторные тики захватывают одну мышечную группу, в основном мимическую мускулатуру. Сложные моторные тики напоминают координированные действия, в реализацию которого включаются несколько групп мышц.

Невротические тики дифференцируют с *синдромом де ля Туретта*. Его клиника: разнообразные гиперкинезы, звуковые и речевые вокальные проявления, копролалия, расстройство сна, навязчивые образные представления и мыслей контрастного (хульного) содержания или желания совершить шокирующее, опасное, бессмысленное действие. В 50% отмечается гиперактивность, дефицит внимания, импульсивность. Встречается агрессия к наиболее близким лицам, аутоагрессия, нарушения влечений (гиперсексуальность, садомазохизм).

Морфологическим субстратом является задержка развития нейронов стриатума или глиоз головок хвостатых ядер с гипо- или гиперметаболизмом области базальных ганглиев и изменением функциональной активности лобных долей. Основным патогенетическим механизмом является преобладание дофаминергических процессов в подкорковых структурах над холинергическими.

Лечение тиков начинают с наиболее мягких препаратов с минимумом побочных эффектов, при необходимости переходят к более сильным препаратам.

Психотерапия при тиках включает в себя: создание доверительных отношений; формирование лечебной мотивации; выработку психосоматического понимания заболевания; устранение убежденности в наличии тяжелого заболевания; демонстрацию, что тревога ребенка, а тем более родителей поддерживает тики; редуцирование фармакотерапии до оптимального уровня; устранение щадящего и избегающего поведения; улучшение качества жизни; устранение тревожного ожидания тиков, прекращение попыток сдерживания; запрет родителям и родственникам на любые формы обращения внимания на тики (одёргивания, битьё по рукам, замечания).

- *Расстройства сна* включают в себя диссомнии – расстройства количества и качества сна (бессонница, повышенная сонливость, нарушение цикла сон-бодрствование) и парасомнии – аномальные эпизодические состояния, связанные со сном (снохождение (сомнамбулизмом), ночные ужасы, ночные кошмары, двигательные стереотипии во сне).

- Бессонница характеризуется неспособностью заснуть в течение значительного периода времени ночью.

- Повышенная сонливость, не связанная с недостаточной продолжительностью сна в ночное время, не имеющая под собой органической (мозговой) или психопатологической основы, – редкое заболевание. Такие больные нуждаются в дополнительном соматическом и неврологическом обследовании.

- Нерегулярный ритм сна-бодрствования – индивидуальный режим человека десинхронизирован от аналогичного графика сна-бодрствования подавляющего большинства людей, живущих в данной местности и принадлежащих к данному социуму. Пациент страдает от бессонницы ночью и от сонливости днем, что приводит к невротизации и нарушает социальное функционирование.

- Сомнамбулизм является опасным состоянием, так как пациент во время этих эпизодов не отдает себе отчета в том, куда он идет и где находится. Следует дифференцировать невротическое снохождение с сумеречным в рамках эпилепсии, эпилептиформных органических проявлений. В частности, при эпилепсии невозможно разбудить больного, приступы стереотипные, наблюда-

ются в строго определенное время ночи. Обнаруживается височная амигдалогиппокампульная локализация эпилептического очага.

– Ночные страхи, в отличие от ночных ужасов, не обязательно должны включать крики и двигательное возбуждение. Ребенок может проснуться от «страшного сна» и в течение какого-то времени плохо ориентироваться в реальности. И потом страх, постепенно уменьшаясь, полностью исчезает на фоне повторного засыпания. При этом могут отмечаться периодические всхлипывания. Амнезия при ночных страхах выражена в меньшей степени, чем при ночных ужасах – какие-то отрывочные воспоминания иногда сохраняются, кроме того, ночные ужасы, как правило, сопровождаются вегето-сосудистыми наслоениями: побледнением или гиперемией (покраснением) кожных покровов, нарушением ритма сердца, скачками артериального давления и т.п.

– Основным признаком ночных кошмаров являются характер и содержание сновидений: яркость, близость к реальности, угроза жизни или безопасности, «удары» по чувству собственного достоинства. Человек, как правило, находится в неподвижном состоянии, хотя легкое двигательное беспокойство в виде мышечных подергиваний, дрожания всего тела, постанываний, «повизгиваний» могут иметь место. На фоне «невыносимой» ситуации нередко наступает пробуждение, при этом обычное сознание (в отличие от ночных страхов и ужасов) возвращается практически сразу, также как и возможность установления контакта. Амнезия, как правило, не наблюдается, человек может подробно описать содержание кошмарного сна.

– Парасомнии – пароксизмальные явления во сне. Сонный бруксизм – скрежетание зубами во сне, встречается в любом возрасте с максимумом манифестации в 10–13 лет. (Псевдо)астматические приступы во сне – пик приходится на 2 года, 6–7 лет, 10–13 лет. Особенностью приступов является их исчезновение при бодрствовании (дети, имеющие эти приступы, страдают сонливостью днем, другими пароксизмальными расстройствами сна). Никталгии – приступы различной локализации во время сна. Приступообразные рвоты во сне характерны для детей 2–8 лет и сопровождают ночные страхи, астматические приступы, никталгии. Вздрагивания – условно-патологический феномен, так как вздрагивания в период засыпания относятся к физиологическим движениям, особенно часто встречающимся у подростков.

– «Двигательные стереотипии во сне» – поведение, наблюдающееся во сне, и состоящее в основном из ритмических движений. Это состояние обычно возникает в период, непосредственно предшествующий сну, и удерживается в течение периода легкого сна, а изредка и во время глубокого сна. Наблюдаются: покачивания головы, раскачивания туловища (ритмические маятникообразные движения головой и туловищем из стороны в сторону), складывания по принципу «перочинного ножа» (ритмическое приподнимание и опускание туловища и головы из положения «лежа на спине» в положение «сидя»); биения (ребенок бьется головой о подушку, приподнимаясь на вытянутых руках); движения по типу челнока (раскачивания в передне-заднем направлении в положении «на четвереньках», чаще в возрасте 1,5–3 лет).

– Сногворение чаще проявляется у детей с синдромом гиперактивности и тревожностью. В терапии достаточно нормализации режима дня, «мягких» ноотропов (Пантогам) и не обращать внимание пациента на симптом.

В лечении расстройств сна важно соблюдение режима (физическая активность в течение дня, избегать приема стимуляторов во второй половине дня, фиксированное время отхода ко сну, прогулки перед сном, горячая солевая или хвойная ванна за 3–4 часа до сна). Можно рекомендовать физическую нагрузку перед сном в виде приседаний. Используют поведенческую психотерапию (парадоксальное внушение по Танцюре), рисуночную десенсибилизацию ночных страхов, аутогенную тренировку, гипносуггестивную терапию.

- *Трихотилломания* – навязчивое выдергивание волос, бровей, ресниц. Механизм ее появления – регресс к детскому способу самоуспокоения (накручивание волос в возрасте до 2–2,5 лет) на фоне острого или хронического стресса. Другой вариант – самонаказание. Оно возникает, если ребенка или подростка ставят в жесткие рамки, во всем контролируют, либо уровень притязаний родителей в отношении его достижений резко завышен (доминирующая гиперпротекция). При заниженной самооценке самонаказание истинное (невозможность соответствовать требованиям родителей, учителей с унижением себя). При завышенной – демонстративное (привлечь внимание окружающих). Третий вариант – комплекс излишней красоты у красивых девочек (девушек) (сделать себя менее привлекательной и вновь «заслужить» дружбу завистливых подруг).

Психотерапия трихотилломании комплексная. Методики поведенческой (условно-рефлекторной) терапии в сочетании с психорегулирующими методами и гипносуггестией помогают быстро и эффективно снять симптом. Рациональная и семейная психотерапия направлены на устранение причины или на изменение реакции ребенка или подростка на ситуацию.

9. НАРУШЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ, АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА И РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

Нарушения поведения у детей и подростков – психогенно обусловленные личностные реакции, ведущие к социопсихологической дезадаптации.

В этиологии нарушений поведения основную роль играют длительно действующие отрицательные средовые факторы – семейные конфликты, неправильное воспитание, эмоциональная депривация и др.

Факторами, способствующими возникновению нарушений поведения, являются акцентуации характера, резидуальная церебральная неполноценность, диспропорция между физическим и социальным статусом, изменения темпа физического развития (акселерация, инфантилизм).

Нарушения поведения могут встречаться как форма психологических, так и патологических личностных реакций. Последние отличаются генерализацией неправильного поведения (выходом его за рамки среды или ситуации, в которых оно возникло), утратой психологически понятного (реактивного) характера, присоединением невротических компонентов (колебаний аффекта, возбудимости, истощаемости, соматовегетативных расстройств), склонностью к сте-

реотипной повторяемости одного и того же поступка по разным поводам, что приводит к дезадаптации.

Таблица 9

Нарушения поведения у детей и подростков

Условно-патологическое поведение	Патологическое поведение
1) Реакция отказа 2) Реакция оппозиции 3) Реакция имитации 4) Реакция компенсации и гиперкомпенсации 5) Реакция эмансипации 6) Реакция группирования 7) Увлечения: а) информативно-коммуникативное б) азартное в) эгоцентрическое г) накопительское д) лидерское е) духовное совершенствование ж) телесное совершенствование	1) Делинквентное 2) Алкоголизация и наркотизм 3) Побег и бродяжничество: а) вследствие фантазирования б) как реакция эмансипации в) ситуативно обусловленные г) как реакция оппозиции д) сексуально обусловленные е) дромоманические 4) Суицидальное поведение: а) демонстративное б) аффективное в) истинное

Клиника. Клинически нарушения поведения наблюдаются наиболее часто в виде реакций отказа, оппозиции, имитации, компенсации и гиперкомпенсации, а также в виде более свойственных подросткам реакций эмансипации, группирования, увлечения, реакций, обусловленных формирующимся половым влечением, делинквентного, суицидального и токсикоманического поведения.

Реакции отказа от еды, от игр, от общения возникает у детей чаще всего в связи с отрывом от привычного окружения. Такие формы поведения нередко наблюдаются при неправильном воспитании в детских садах, при состояниях, называемых госпитализмом. Способствуют возникновению реакций отказа астенические черты личности или соматогенные астении.

Реакции оппозиции (протеста) вызываются конфликтами в семье, равнодушным отношением к ребенку, появлением второго ребенка, несправедливыми или унижающими наказаниями, чрезмерными требованиями, появлением в семье отчима или мачехи и т.д. Имеют избирательность и направленность – наблюдаются в той микросреде, где возник конфликт и направлены против лиц, являющихся его причиной. Проявляются в детском возрасте в форме грубости, неподчинения, симуляции болезни, стремление делать назло, причинять вред людям, нанеся обиду.

Патологическое протестное поведение направлено не только по адресу людей, вызвавших недовольство, но и против взрослых вообще. Оно отличается агрессивностью, жестокостью, вегетативными нарушениями. Примерами таких реакций могут служить отказы от еды, прогулы уроков, уходы из дома, мутизм (чаще избирательный), суицидальное поведение, алкоголизация. Чаще всего такое поведение адресовано близким, школе, имеет целью обратить на себя внимание и служит как бы укором или обвинением людям, являющимся, по мнению переживающего, причиной его неприятностей. Способствуют возникновению реакций протеста эмоционально-возбудимые черты характера и церебрально-органическая недостаточность.

Реакции имитации проявляются стремлением подражать поведению окружающих, имеющих авторитет у ребенка или подростка. Дети подражают поведению родителей или воспитателей, подростки – лидерам среди сверстников, героям книг и кинофильмов, идеалам молодежной моды. Имитация не всегда имеет положительную направленность. Нередко приводит к асоциальному поведению (кражи, хулиганство), выработке вредных привычек (употребление табака, алкоголя, ПАВ).

Патологический характер реакции имитации могут приобретать при наложении невротических расстройств (в случаях имитации заикания или мастурбации). Этому способствует присоединение компонента повышенного влечения. Эти реакции наиболее характерны для личностей с неустойчивыми чертами характера.

Реакции компенсации и гиперкомпенсации – формы поведения, маскирующие слабость личности в той или иной области. Реакция компенсации проявляется стремлением восполнить несостоятельность, например, в учебе ролью заводицы в классе или физическую слабость компенсировать энциклопедическими знаниями.

Гиперкомпенсаторное поведение выражается в достижении успехов именно в той сфере деятельности, в которой подросток слаб. Так, боящийся высоты подросток, начинает заниматься парашютным спортом, а подвергавшийся побоям, добивается успехов в секции бокса. Эти формы поведения чаще наблюдаются при эмоциональной депривации (недостатки теплого отношения), в неполных семьях, у детей и подростков с формирующимся комплексом неполноценности. При реакциях гиперкомпенсации защитные формы поведения приобретают иногда гипертрофированный характер и могут стать причиной социальной дезадаптации.

Реакции эмансипации характеризуются повышенным стремлением подростков к самостоятельности, независимости от взрослых, потребностью освободиться от контроля и опеки. Проявляются желанием делать все по-своему, наперекор, несогласием с порядками, установленными старшим поколением.

В крайних случаях подростки уходят из дома, стремятся жить отдельно от семьи, бродяжничают. Реже самостоятельно устраиваются на работу, живут в общежитии. Эмансипация связана с борьбой за самоутверждение. Ею возникновению способствуют чрезмерная опека, мелочный контроль, лишение минимальной самостоятельности, отношение к подростку как к ребенку. Выраженные реакции эмансипации более свойственны подросткам с возбудимыми чертами характера.

Группирование со сверстниками более характерно для подростков мужского пола и проявляется в стремлении примкнуть к группе ровесников с определенной иерархией и распределением ролей. Группа объединяется территорией, жаргоном, однотипными духовными запросами и диктует своим членам стиль поведения и ценностные установки. Склонность к объединению в группы, отличающиеся асоциальным поведением, характерна для подростков с семейно-педагогической запущенностью. В группе они находят суррогат семьи и чувство защищенности.

Увлечения составляют своеобразную группу поведенческих проявлений. Они могут быть основаны на жажде информации, чувстве азарта, страсти к накопительству, стремлении к лидерству, телесному или духовному усовершенствованию и т.д.

Чрезмерно выраженная склонность к эмансипации, группированию, увлечениям ведет к социальной дезадаптации (подростки забрасывают учебу, хулиганят, бродяжничают, начинают спекулировать, воровать). Будучи аффективно заряженными, реакции этого типа нередко приводят к конфликтам с обществом и законом.

В период становления характера иногда проявляются его акцентуации – такие особенности, которые при определенных обстоятельствах могут затруднить адаптацию к окружающему. Они непостоянные, не определяют всего строя личности и редко приводят к нарушению равновесия подростка (ребенка) со средой, а со взрослением во многих случаях сглаживаются.

Акцентуации характера – это крайние варианты его нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, отчего обнаруживается избирательная уязвимость к определенному рода психогенным воздействиям при хорошей устойчивости к другим (А.Е. Личко).

На фоне акцентуации характера легче развиваются различные психические расстройства (острые аффективные реакции, неврозы, реактивные психозы). Даже выраженные акцентуации не препятствуют удовлетворительной адаптации к окружающему либо нарушают ее на некоторое время.

Акцентуированные характеры могут ярко проявиться в условиях, предъявляющих повышенные требования именно к тем особенностям характера, которые являются в нем слабым звеном. Например условия, обязывающие замкнутую (шизоидную) личность к широкому общению, либо условия, изолирующие от контактов и ограничивающие активность общительного и деятельного гипертимного характера.

На фоне акцентуаций характера у подростков под влиянием средовых факторов нередко наблюдаются нарушения поведения (делинквентность, употребление алкоголя и наркотиков, бродяжничество, суицидальная активность).

Под **делинквентным** понимается поведение со склонностью к мелким правонарушениям, не наказуемым в судебном порядке. Это прогулы уроков и мелкое хулиганство, драки, вымогательство денег у малышей, вызывающее поведение в общественных местах. Делинквентное поведение наиболее характерно для подростков с неустойчивым характером.

Бродяжничество более свойственно подросткам, но первые уходы из дома нередки в детстве. Они обычно совершаются из-за страха наказания или в качестве протеста, а по мере повторения становятся стереотипными.

Для подростков характерны так называемые эмансипационные побеги с потребностью вырваться из-под опеки и надоевшего будничного уклада с его нотациями и регламентированным поведением. Главная цель – пожить без забот и контроля. Свойственны легко возбудимым и неустойчивым подросткам.

В основе демонстративных побегов лежит детская реакция оппозиции. Побегом ребенок или подросток пытается обратить внимание окружающих на свое «бедственное положение», вернуть утраченное внимание, избавиться от предстоящих неприятностей, получить те или иные блага. Ареал побегов невелик, сбежавший стремится быть найденным и возвращенным домой. Характерны для эмоционально-возбудимых личностей.

Импунитивные побеги – следствие жесткого обращения в семье или коллективе. Их цель – забыться, создать иную, более благоприятную обстановку.

Дромоманические побеги связаны с внезапными изменениями настроения, тягой к перемене обстановки.

Под **ранней алкоголизацией** (бытовым пьянством подростков) подразумевается употребление алкоголя в возрасте до 16 лет, большую роль в возникновении которого играют социально-психологические факторы – неполная семья, алкогольный пример родителей, неправильное воспитание. Следует помнить о некоторых предрасполагающих к алкоголизации аномалиях характера. Подростки с неустойчивыми чертами характера, подражая лидеру группы, следуя модусу поведения компании, желая испытать веселое состояние, начинают употреблять алкоголь. Те же побудительные мотивы у подростков с гипертимными чертами характера. Для истероидных подростков более характерна демонстративная алкоголизация с бравированием высокой толерантностью, необходимостью опохмеляться и т.д. Опьянение эпилептоидов способствует появлению у них агрессивных и разрушительных тенденций. Шизоиды используют алкоголь редко и лишь для облегчения контактов. Многие подростки тянутся за пьющей компанией – к ранней алкоголизации их приводит отсутствие самостоятельности мышления, боязнь оказаться «белой вороной», быть отвергнутым компанией стремление быть как все. Ранимые и тревожно-мнительные подростки, как правило, алкоголь не употребляют.

Не всякое **употребление наркотиков** является наркоманией. Подросткам чаще свойствен наркотизм, то есть употребление наркотиков, не достигающее степени наркомании. Он связан с тенденцией к группированию. Употребляющие наркотики избирают для времяпрепровождения определенные кафе и бары, используют специфический жаргон. Мотивы употребления наркотиков те же, что и при ранней алкоголизации. В отличие от алкоголизирующихся подростков, употребляющие наркотики редко бывают выходцами из неполных семей. Чаще они являются продуктом неправильного воспитания без стойких морально-этических установок.

Суицидальное поведение – соответствующие мысли, намерения, высказывания, угрозы, попытки. В детском возрасте они редки, а у подростков более часты и многообразны. Из социально-психологических факторов, стимулирующих суицидальное поведение у подростков, следует отметить так называемую семейную дезорганизацию, школьные и особенно сексуальные проблемы с переживанием стыда и унижения чувства собственного достоинства.

Суицидальные попытки могут быть демонстративными, аффективными и истинными. В первом случае это разыгрывание сцен с изображением намерения покончить с собой, призванных воздействовать на окружающих с расчетом

быть вовремя спасенными. Действия предпринимаются с целью привлечь к себе внимание, разжалобить, поугатать, наказать обидчика и т.п. Свойственны чаще всего истероидным личностям. Демонстративные суицидальные действия по неосторожности могут привести печальным последствиям.

Аффективные попытки совершаются на высоте аффекта, продолжающегося минуты, часы, а иногда и сутки. В этих случаях наряду с искренним мимолетным желанием расстаться с жизнью имеется элемент демонстративности.

При истинном суицидальном поведении имеет место серьезное обдуманное желание расстаться с жизнью.

Отклонения сексуального поведения. Подросткам свойственны повышенная сексуальная возбудимость («юношеская гиперсексуальность») и недостаточная дифференцированность сексуального влечения, а также незавершенность половой идентификации в психологическом смысле (И.С. Кон). Поэтому при определенных ситуациях могут возникнуть отклонения в сексуальном поведении. У акселератов, например, рано созревшее половое влечение не корригируется из-за недостаточной социально-психологической зрелости. У инфантильных причиной отклонений может стать желание доказать свою сексуальную адекватность. Возникающие отклонения у подростков обычно преходящи и во многом зависят от обстоятельств.

К числу отклонений в сексуальном поведении относятся некоторые формы мастурбации (частая, групповая, взаимная), петтинг (взаимная сексуальная стимуляция), раннее начало половой жизни, промискуитет (частые, беспорядочные связи со сменой партнеров), преходящие гомосексуальные связи. Реже наблюдаются вуайеризм (подглядывание за обнаженными лицами противоположного пола или за сексуальными действиями пар), эксгибиционизм (демонстрация собственных гениталий), фетишизм (использование предметов лиц противоположного пола для сексуального удовлетворения), манипуляции с половыми органами малолетних детей или животных.

Прогноз при ситуативно обусловленных нарушениях поведения при оздоровлении среды в целом благоприятен, но в большой мере зависит от типа личности.

Диагностика нарушений поведения опирается на установление психологически понятных связей между типом реакции и психотравмирующей ситуацией. Дифференциальный диагноз проводится с внешне сходными проявлениями при расстройствах личности, неврозах, при психопатоподобных состояниях резидуально-органического и шизофренического происхождения.

Терапия нарушений поведения включает изучение условий воспитания в семье, семейную психотерапию, направленную на устранение ошибок воспитания и оздоровление внутрисемейных отношений, а также рациональную психотерапию ребенка или подростка с разъяснением ошибочности его поведения. Из медикаментозных препаратов в ряде случаев для снятия аффекта используют нейролептики или малые транквилизаторы. Лечение и профилактика нарушений поведения должны учитывать особенности личности, то есть стараться не ставить акцентуированного подростка в декомпенсирующие условия.

Расстройства личности представляют собой патологические варианты личности, которые отличаются дисгармонией психических проявлений, неадекватным реагированием как на обычные, так и на чрезвычайные раздражители, затрудняющие социальную адаптацию.

В прежние годы существовали термины «моральное помешательство» (Причард Дж., 1835), «инстинктивная мономания» (Эскироль Ж., 1838), «психопатия» (Кох Д., 1891). Российский психиатр П.Б. Ганнушкин (1933) дал яркие клинические описания вариантов психопатий («статику»), проанализировал их динамику. Дальнейшие исследования проводили О.В. Кербиков и А.Е. Личко.

Характерна *триада критериев П.Б. Ганнушкина - О.В. Кербикова*:

- Тотальность патологических черт характера. Патологические черты определяют весь психический облик индивида.
- Их относительная стабильность. В течение жизни патологические черты не претерпевают каких-либо изменений.
- Их выраженность до степени, нарушающей социальную адаптацию.

Формирование расстройств личности во многом зависит от времени поражения ЦНС. Г.Е. Сухарева, считая расстройство личности результатом дизонтогенеза нервной системы, выделила типы задержанного (инфантилизм), искаженного (диспропорционального) и поврежденного развития.

Первый тип характеризуется недоразвитием волевой деятельности с патологическим утробованием особенностей детской психики, преобладанием воображения и фантазий, лабильностью эмоций. Он лежит в основе неустойчивого и истерического расстройств личности.

При искаженном развитии отставание созревания одних сторон личности сочетается с ускоренным развитием других, что составляет основу гипертимного, шизоидного, психастенического расстройств личности.

У детей с поврежденным развитием на ранних этапах онтогенеза развивается дефект психики с грубыми эмоциями, недостаточностью интеллекта, расторможенностью влечений (органическое расстройство личности).

В происхождении *ядерных* (конституциональных) расстройств личности ведущую роль играет наследственный характер. Наследуются некоторые компоненты личности (темперамент, психомоторика, особенности влечений). Наряду с наследственностью, имеют значение экзогенно-органические поражения мозга во внутри- и внеутробном периодах развития (инфекции, интоксикации, травмы).

К *краевым* расстройствам личности относят патологическое развитие личности. Оно развивается под воздействием неблагоприятных средовых факторов (неправильного воспитания, социальных условий и др.)

В случае преобладания экзогенно-органического фактора говорят об *органических расстройствах личности*.

Клинические разновидности расстройств личности

Таблица 10

Клинико-физиологическая классификация расстройств личности

I. Патологический вариант сильного типа ВНД	1) циклоиды 2) возбудимые а) гипертимные б) параноические (фанатики) в) взрывные (эпилептоиды)
II. Патологический вариант слабого типа ВНД	1) неустойчивые 2) астенические а) депрессивные (гипотимные) б) тревожно-мнительные в) сензитивные
III. Патологический вариант ВНД с преобладанием первой сигнальной системы	1) эмоционально-лабильные 2) истероидные а) псевдологи б) фантасты
III. Патологический вариант ВНД с преобладанием второй сигнальной системы	1) шизоидные
IV. Патологические варианты личностей с расторможением влечений	а) сексуальные б) дромоманы в) пироманы

Циклоидное расстройство личности – чередование гипертимных и гипотимных проявлений. Подъемы настроения субъективно воспринимаются как периоды здоровья и расцвета сил. Снижение настроения сопровождается уменьшением работоспособности, соматическими расстройствами.

При *взрывном (эпилептоидном)* расстройстве личности наблюдается склонность к дисфориям, патологический эгоцентризм, застреваемость. Вспышки злобы и гнева возникают по незначительному поводу. Имеется высокая опасность серьезных правонарушений. В центре внимания находится собственная личность. Болезненно реагируют на ущемление своих интересов, склонны к скандалам. Вязкость проявляется мелочностью, придирчивостью к окружающим, часто третируют родных и близких («домашний тиран»). Встречается патология влечений – приступы неудержимого пьянства (дипсомания), азартность, акты жестокости, парафилии. Могут сочетаться страстная любовь и патологическая ревность.

Гипертимное расстройство личности характеризуется преобладанием радостного настроения, общительности, стремлением к лидерству. Нередко обладают творческими способностями, добротой, отзывчивостью. Быстро откликаются на все новое, энергичны и предприимчивы. Характерно пикническое телосложение: склонность к полноте, округлые пропорции, мягкие черты лица, выразительная мимика. Отрицательными свойствами являются поверхностность, непостоянство интересов и привязанностей, склонность к развлечениям. С трудом удерживаются в рамках установленных правил поведения. Существует опасность злоупотребления алкоголем, психоактивными веществами.

Паранойяльное (параноическое) расстройство личности характеризуется образованием сверхценной идеи (изобретательства, реформаторства и т.п.), которая определяет все поведение. Крайне упорно отстаивают свои идеи, болезненно реагируют на несогласие. Внешнее сопротивление чаще всего усиливает аффективное сопровождение идей и борьбу. Разновидностью паранойяльных личностей являются «фанатики», которые посвящают свою жизнь служению одной идее, одному делу. В зависимости от содержания идей, поведение может быть социально опасным.

Неустойчивое расстройство личности проявляется слабостью волевого контроля над своим поведением, отсутствием чувства долга. Несамостоятельные, легко попадают под чье-либо влияние. Интересы нестойкие. Склонны к пустому времяпрепровождению, лени, скуке. Легко подчиняются дурному влиянию, втягиваются в азартные игры, злоупотребление алкоголем, антисоциальное поведение – воровство, бродяжничество. Основной мотив поведения – получение удовольствия.

Астеническое расстройство личности проявляется повышенной утомляемостью, раздражительностью, ипохондричностью. Трудно переносят психические нагрузки (умственное напряжение, эмоциональные переживания). Кратковременные аффективные реакции легко возникают и быстро угасают, сменяясь раскаянием.

Психастеническое расстройство личности – нерешительность, мнительность, склонность к возникновению страхов, тревожных опасений. Характерна боязнь всего нового, чрезмерное волнение за здоровье и благополучие близких и себя. Отмечается склонность к сомнениям, болезненная нерешительность. С тревожным и неуверенным отношением к окружающему связана аккуратность и приверженность к установленному порядку и режиму. Легко возникают различные навязчивые переживания. Возможны ипохондрические опасения.

Сенситивные личности отличаются впечатлительностью, застенчивостью, избирательной привязчивостью. Из-за чрезвычайной ранимости и обидчивости они нередко становятся предметом насмешек. Рано формируется высокое чувство долга, ответственности, чрезмерные моральные требования к себе и другим. Характерно чувство собственной неполноценности, боязнь оценки. Легко формируются фобические неврозы, реактивные депрессии и параноиды.

Лабильное расстройство личности проявляется изменчивостью настроения, инфантильностью, склонностью к невротическим реакциям.

Истероидное расстройство личности отличается эгоцентризмом, желанием привлечь к себе внимание, отсутствием объективной оценки самого себя. Характерен высокий уровень притязаний, «стремление казаться больше, чем это на самом деле есть». Любят командовать, публично выступать, ревниво относятся к чужим успехам. С целью привлечь к себе внимание выдумывают о себе необыкновенные истории, в которых выступают в центральной роли. Могут прибегать к самооговорам, присваивая себе отрицательные поступки (например, участие в бандах), а также к оговорам, обвиняя в тех или иных поступках окружающих. С потребностью вернуть утраченное внимание определенных лиц связан суицидальный шантаж и демонстративные суицидные попытки.

Шизоидное (аутистическое) расстройство личности характеризуется отсутствием способности и стремления устанавливать контакты с окружающими. Замкнутые, оторванные от внешнего мира. Снижена потребность в общении. Выглядят странными и непонятными, отличаются причудливостью эмоций и поведения. Отмечается однообразие мимики, скудность и угловатость движений. При этом характерно богатство внутренней жизни. Успешно учатся, приобретают глубокие знания по частным вопросам. В дальнейшем могут успешно работать в какой-либо узкой области. Мышление шизоидов характеризуется отрешенностью от действительности, склонностью к формальным, далеким от реальной жизни построениям. Уже в дошкольном возрасте отсутствует свойственная детям эмоциональная живость. Могут рано начать читать, нередко дословно воспроизводя прочитанное. Поражают недетским интересом к вопросам истории, астрономии и т.п., изучают календари, составляют схемы, карты.

Динамика расстройств личности связана с компенсацией и декомпенсацией.

В периоде компенсации патологические черты продолжают проявляться, но поведение приобретает форму, дающую возможность приспособиться к условиям жизни. Компенсация может достигаться за счет микросоциального окружения (семейного, трудового) – формирование условий, в которых патологические особенности позволяют приспособиться (уединенный образ жизни для шизоида). Либо с помощью активной выработки механизмов психологической защиты, форм поведения, образа жизни, компенсирующих патологические черты.

Декомпенсация – срыв компенсаторных механизмов с усилением влияния патологических черт, приводящим к дезадаптации индивида. Она может происходить за счет эндогенных факторов – возрастных кризов (подросткового (11–15 лет), юношеского (16–20 лет), инволюционного (45–60 лет) возрастов), фазовой динамики. Примером влияния эндогенных факторов могут быть *психопатические фазы* – аутохтонно возникающие состояния декомпенсации.

Другая причина декомпенсации – внешние средовые факторы. Могут развиваться *психопатические реакции* – значительное усиление патологических особенностей личности с возможным появлением психотических расстройств.

Лечение расстройств личности направлено на купирование симптомов тревоги, дисфории, депрессии, коррекция патологических защитных механизмов и поведенческих реакций.

В лечении расстройств личности ведущей является медико-педагогическая коррекция. Важную роль играет трудовая терапия, спорт, регламентированный режим, коллективная психотерапия. Медикаментозная терапия является вспомогательной.

Нейролептики (Тиоридазин, Перициазин, Хлорпромазин) используются главным образом для коррекции возбудимости. При расстройствах личности астенической группы применяют транквилизаторы (Хлордиазепоксид, Диазепам) и мягкие стимуляторы.

Лекарственная терапия проводится непродолжительными курсами, строго индивидуально, определяется клиническими признаками декомпенсации и типом реакции. В связи с высокой вероятностью развития зависимости, транквилизаторы необходимо назначать с большой осторожностью.

Психотерапия направлена на гармонизацию поведения и достижение стабильной социальной адаптации пациента. Применяются методы групповой, семейной и индивидуальной психотерапии. Групповая терапия ориентирована на коррекцию дезадаптирующих патохарактерологических девиаций и аномального поведения пациента. К основным методам индивидуальной психотерапии относятся психодинамический метод, гештальт-терапия, когнитивно-бихевиоральная терапия.

Профилактика. Большое значение имеет оздоровление микросоциальной среды, что является профилактической мерой в отношении так называемых приобретенных расстройств личности. Профилактика органических расстройств личности включает предупреждение патологии беременности, родов, а также постнатальных мозговых травм и инфекций. Определенное значение в профилактике ядерных расстройств личности может иметь медико-генетическая консультация.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Шизофрения.

1. Типы течения шизофрении.
2. Ранняя детская шизофрения, облигатные и дополнительные симптомы.
3. Ранняя детская шизофрения, клинические проявления непрерывно-прогредиентного и приступообразно-прогредиентного типов.
4. Дифференциальный диагноз ранней детской шизофрении.
5. Препубертатная шизофрения, ее характеристика.
6. Пубертатная шизофрения, клинические проявления.
7. Принципы терапии шизофрении.

2. Аффективные расстройства.

1. Типы течения аффективных расстройств.
2. Клиническая картина маниакальной фазы.
3. Особенности маниакальных состояний у детей и подростков.
4. Клиническая картина депрессивной фазы.
5. Особенности депрессивных состояний у детей и подростков.
6. Диэнцефалопатический психоз, причины, клиника, течение, исход.

3. Экзогенные психические расстройства.

1. Основные этиологические факторы экзогенных расстройств.
2. Клиническая картина и течение астенического синдрома у детей.
3. Клиника и течение реакций личности ребенка на болезнь.
4. Концепция экзогенного типа реакций Карла Бонгёффера.
5. Клиническая картина экзогенных психозов у детей.
6. Течение и возможные исходы экзогенных психозов.

4. Резидуально-органические нервно-психические расстройства у детей.

1. Резидуальная церебрастения, клиническая характеристика.
2. Неврозоподобные состояния, разновидности.
3. Гиперкинетический синдром, клиническая характеристика.
4. Проявления частичного психического недоразвития.
5. Невропатия и психопатоподобные состояния
6. Пароксизмальные состояния.
7. Детские церебральные параличи.
8. Принципы терапии РНПР.

5. Эпилепсия.

1. Припадки, встречающиеся преимущественно в детском возрасте, их клиника.
2. Течение эпилепсии.
3. Признаки злокачественного течения эпилепсии.
4. Принципы терапии эпилепсии.
5. Принципы купирования эпилептического статуса.

6. Умственная отсталость.

1. Этиология умственной отсталости.
2. Клинико-физиологическая классификация Д.Н. Исаева - С.С. Мнухина.
3. Диагностика и дифференциальная диагностика умственной отсталости.
4. Лечение и реабилитация пациентов с умственной отсталостью.

7. Ранний детский аутизм.

1. Этиология и патогенез раннего детского аутизма.
2. Клинические проявления раннего детского аутизма.
3. Принципы лечения раннего детского аутизма.

8. Неврозы.

4. Причины и механизмы развития неврозов.
5. Общие неврозы, их разновидности, клиническая картина.
6. Аффективно-респираторные судороги, происхождение, клиническая картина.
7. Системные неврозы, клиническая картина их разновидностей.
8. Принципы лечения общих и системных неврозов.

9. Нарушения поведения, акцентуации характера и расстройства личности.

1. Условно-патологические поведенческие реакции у детей и подростков.
2. Понятие акцентуации характера.
3. Патологическое поведение у детей и подростков, его разновидности.
4. Триада критериев П.Б. Ганнушкина - О.В. Кербикова для диагностики расстройств личности.
5. Клинические типы расстройства личности.
6. Динамика расстройств личности. Компенсация и декомпенсация. Психопатические фазы, психопатические реакции.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
1. ШИЗОФРЕНИЯ	4
2. АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА	13
3. ЭКЗОГЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА.....	19
4. РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКИЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ.....	26
5. ЭПИЛЕПСИЯ	34
6. УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ.....	43
7. РАННИЙ ДЕТСКИЙ АУТИЗМ.....	49
8. НЕВРОЗЫ.....	58
9. НАРУШЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ, АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА И РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ	68
КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ	78

Учебное издание

**Гречаный Северин Вячеславович, Ильичев Алексей Борисович,
Поздняк Вера Владимировна, Кощавцев Андрей Гелиевич,
Шишков Валерий Витальевич, Хуторянская Юлия Валерьевна**

**Психиатрия детского возраста
Часть 1**

Учебное пособие

Подписано в печать 07.02.2020 г. Формат 60x84 1/16. Бумага офсетная.
Гарнитура Таймс. Объем 5,0 печ. л. Тираж 100 экз. Заказ № 10.

Отпечатано в ЦМТ СПбГПМУ

ISBN 978-5-907184-95-4