

Неврози у дітей

Неврозы

- психогенные заболевания, в основе которых лежат нарушения высшей нервной деятельности, клинически проявляющиеся аффективными непсихотическими расстройствами (страх, тревога, депрессия, колебания настроения и пр.), соматовегетативными и двигательными расстройствами, переживаемыми как чуждые, болезненные проявления и имеющими тенденцию к обратному развитию и компенсации.

Невротические расстройства наблюдаются в любом возрасте, однако форму клинически очерченных заболеваний (собственно неврозов) они приобретают, как правило, лишь после 6 – 7-летнего возраста. До того невротические расстройства проявляются обычно в виде отдельных симптомов, которые мало осознаются и переживаются личностью ввиду ее незрелости.

Эпидемиология.

Неврозы относятся к числу наиболее распространенных форм нервно-психических заболеваний. По данным В.А.Колеговой (1973), основанным на показателях диспансерного учета в Москве, больные неврозами составляют 23,3% к общему числу детей и подростков (до 17 лет включительно), находящихся под наблюдением психиатров. Данные отдельных выборочных эпидемиологических исследований показывают, что истинная распространенность невротических расстройств в детском возрасте превышает показатели диспансерного учета в 5-7 раз (Козловская Г.В., Лебедев С.В., 1976). Согласно исследованиям тех же авторов, невротические расстройства у детей школьного возраста встречаются в 2-2,5 раза чаще, чем у дошкольников. При этом в обеих возрастных группах детей преобладают мальчики.

Этиология.

В этиологии неврозов как психогенных заболеваний основная причинная роль принадлежит разнообразным психотравмирующим факторам: острым шокowym психическим воздействиям, сопровождающимся сильным испугом, подострым и хроническим психотравмирующим ситуациям (развод родителей, конфликты в семье, школе, ситуация, связанная с пьянством родителей, школьная неуспеваемость и т.д.), эмоциональной депривации (т.е. дефициту положительных эмоциональных воздействий – любви, ласки, поощрения, ободрения и т.п.).

Наряду с этим важное значение в этиологии неврозов имеют и другие факторы (внутренние и внешние).

- ◉ Внутренние факторы:
- ◉ · Особенности личности, связанные с психическим инфантилизмом (повышенная тревожность, пугливость, склонность к страхам).
- ◉ · Невропатические состояния, т.е. комплекс проявлений вегетативной и эмоциональной неустойчивости.
- ◉ · Изменения возрастной реактивности нервной системы в переходные (кризовые) периоды, т.е. в возрасте 2-4 лет, 6-8 лет и в пубертатном периоде.
- ◉ Факторы внешних условий:
- ◉ · Неправильное воспитание.
- ◉ · Неблагоприятные микросоциальные и бытовые условия.
- ◉ · Трудности школьной адаптации и т.п.

Патогенное влияние психотравмирующих факторов зависит также и от психологической значимости психотравмирующей ситуации, которая определяется содержанием значимых травмирующих переживаний в анамнезе (переживания, связанные с болезнью или смертью близких, несчастными случаями и т.п., случаи серьезных неудач в его жизни и т.д.). Однако ведущим причинным фактором является психотравмирующее воздействие.

Патогенез.

- Собственно патогенезу неврозов предшествует этап психогенеза, во время которого происходит психологическая переработка личностью психотравмирующих переживаний, зараженных отрицательным аффектом (страх, тревога, обида и др.). В этом процессе участвуют защитно-компенсаторные психологические механизмы (переключение, подавление и др.) В случаях относительной силы и стойкости отрицательного аффекта, слабости механизмов «психологической защиты», наличии способствующих внутренних и внешних условий происходит психологический «срыв», ведущий к «срыву» высшей нервной деятельности в результате установленных И.П.Павловым физиологических механизмов «перенапряжения нервных процессов и их подвижности». Последующими нейрофизиологическими исследованиями Н.И. Гращенкова(1964), П.К.Анохина(1975) показан многоуровневый характер патодинамической функциональной системы при неврозах, в которой наряду с корковыми механизмами участвуют механизмы лимбико-ретикулярного комплекса и гипоталамуса. Важное место в патогенезе неврозов принадлежит биохимическим сдвигам. Выявлены определенные изменения обмена адреналина, норадреналина, снижение содержания ДОФА и дофамина в биологических жидкостях вследствие истощения симпатико-адреналиновой системы при хроническом стрессе у больных неврозами (Чугунов В.С., Васильев В.Н., 1984) и биохимические сдвиги в результате нарушений в системе гипоталамус – гипофиз – кора надпочечников (Карвасарский Б.Д., 1980).

Систематика.

В общей психиатрии в нашей стране основными формами неврозов считаются неврастения (астенический невроз), истерия (истерический невроз) и невроз навязчивых состояний. В связи с недостаточностью этих 3-х основных форм неврозов, а также учитывая номенклатуру неврозов в Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти (1975) была предложена (Ковалев В.В., 1976, 1979) рабочая классификация неврозов у детей и подростков, которая объединяет все основные клинические формы этих заболеваний в детском и подростковом возрасте. Выделены две подгруппы неврозов: общие неврозы (психоневрозы), характеризующиеся преобладанием общеневротических психических и вегетативных расстройств, и системные неврозы. В первую подгруппу, исходя из ведущего психопатологического синдрома, включены неврозы страха, истерический невроз, невроз навязчивых состояний, депрессивный невроз, неврастения и ипохондрический невроз. Подгруппа системных неврозов объединяет невротические тики, невротическое заикание, невротические расстройства сна, невротическое отсутствие аппетита, невротический энурез и энкопрез, а также патологические привычные действия детского возраста (сосание пальцев, кусание ногтей, яктацию, мастурбацию, трихотилломанию).

Клиническая картина.

- Проявления невротозов у детей и младших подростков отличаются большим своеобразием, которое связано с незавершенностью, рудиментарностью симптоматики, преобладанием соматовегетативных и двигательных расстройств, слабостью или отсутствием личностного осознания имеющихся нарушений. Эти особенности объясняют преимущественно моносимптомный характер невротических расстройств и статистически достоверное преобладание системных невротических нарушений (Козловская Г.В., Лебедев С.В., 1976).

Неврозы страха.

Основными проявлениями неврозов страха являются страхи сверхценного содержания, т.е. предметные страхи, связанные с содержанием психотравмирующей ситуации и обуславливающие особое сверхценно-боязливое отношение к объектам и явлениям, которые вызвали аффект страха. Характерно приступообразное возникновение страхов, особенно при засыпании. Приступы страха продолжаются 10-30 мин., сопровождаются выраженной тревогой, нередко аффективными галлюцинациями и иллюзиями, вазовегетативными нарушениями. Содержание страхов зависит от возраста. У детей дошкольного и дошкольного возраста преобладают страхи темноты, одиночества, животных, которые напугали ребенка, персонажей из сказок, кинофильмов или придуманных родителями с «воспитательной» целью («черный дядька» и др.) Варианты неврозов страха, возникновение которых связано с непосредственным испугом, называют неврозом испуга (Сухарева Г.Е., 1959).

Невроз навязчивых состояний.

Отличается преобладанием в клинической картине ранообразных навязчивых явлений, т.е. движений, действий, страхов, опасений, представлений и мыслей, возникающих неотступно вопреки желанию больного, который сознавая их необоснованный болезненный характер, безуспешно стремится их преодолеть. Основными видами навязчивостей у детей являются навязчивые движения и действия (обсессии) и навязчивые страхи (фобии). В зависимости от преобладания тех или других условно выделяют невроз навязчивых действий (обсессивный невроз) и невроз навязчивых страхов (фобический невроз). Часто встречаются смешанные навязчивости.

○ Обсессивный невроз у детей дошкольного и младшего школьного возраста выражается преимущественно навязчивыми движениями – навязчивыми тиками, а также относительно простыми навязчивыми действиями. Навязчивые тики представляют собой разнообразные непроизвольные движения – мигания, наморщивание кожи лба, переносы, повороты головы, подергивания плечами, «шмыгание» носом, «хмыкание», покашливания (респираторные тики), похлопывания кистями рук, притоптывания ногами. Тикозные навязчивые движения связаны с эмоциональным напряжением, которое снимается двигательным разрядом и усиливается при задержке навязчивого движения.

○ Навязчивые действия складываются из сочетания ряда движений. Действия навязчивого характера, совершаемые в строго определенной последовательности, называют ритуалами.

○ При фобическом неврозе у детей более младшего возраста преобладают навязчивые страхи загрязнения, острых предметов (иголок), закрытых помещений. Детям старшего возраста и подросткам более свойственны навязчивые страхи болезни (кардиофобия, канцерофобия и др.) и смерти, страх подавиться при еде, страх покраснеть в присутствии посторонних, страх устного ответа в школе. Изредка у подростков встречаются контрастные навязчивые переживания. К ним относятся хульные и кощунственные мысли, т.е. представления и мысли, противоречащие желаниям и нравственным установкам подростка. Еще более редкой формой контрастных навязчивостей являются навязчивые влечения. Все эти переживания не реализуются и сопровождаются тревогой и страхом.

○ Невроз навязчивых состояний имеет выраженную склонность к затяжному рецидивирующему течению. Затяжное течение невроза навязчивых состояний, как правило, ведет к невротическому развитию личности с формированием таких патологических черт характера как тревожность, мнительность, склонность к навязчивым страхам, сомнениям и опасениям.

Депрессивный невроз.

Объединяет группу психогенных невротических заболеваний, в клинической картине которых ведущее место занимает депрессивный сдвиг настроения. В этиологии невроза основная роль принадлежит ситуациям, связанным с болезнью, смертью, разводом родителей, длительной разлукой с ними, а также сиротству, воспитанию нежеланного ребенка по типу «золушки», переживанию собственной неполноценности в связи с физическим или психическим дефектом.

Типичные проявления депрессивного невроза наблюдаются в пубертатном и препубертатном возрасте. На первый план выступает подавленное настроение, сопровождающееся грустным выражением лица, бедной мимикой, тихой речью, замедленными движениями, плаксивостью, общим снижением активности, стремлением к одиночеству. В высказываниях преобладают психотравмирующие переживания, а также мысли о собственной малоценности, низком уровне способностей. Характерны соматовегетативные расстройства: снижение аппетита, уменьшение массы тела, запоры, бессонница. Возрастной особенностью депрессивного невроза является его атипичность с доминированием эквивалентов депрессии: с одной стороны – психопатоподобные состояния с раздражительностью, озлобленностью, грубостью, агрессивностью, склонностью к различным реакциям протеста; с другой – разнообразные соматовегетативные расстройства: энурез, энкопрез, нарушение аппетита, диспептические расстройства, нарушения ритма сна и бодрствования у детей младшего возраста и стойкие головные боли, вазовегетативные расстройства, упорная бессонница у детей старшего возраста и подростков.

Истерический невроз.

Психогенное заболевание, характеризующееся разнообразными (соматовегетативными, моторными, сенсорными, аффективными) расстройствами невротического уровня, в возникновении и проявлении которых ведущая роль принадлежит психогенетическому механизму условной приятности или желательности для больного данных расстройств. Указанный механизм обеспечивает патологическую защиту личности от трудных для нее ситуаций.

В этиологии истерического невроза важная способствующая роль принадлежит истероидным чертам личности (демонстративность, «жажда признания», эгоцентризм), а также психическому инфантилизму. В клинике истерических расстройств у детей ведущее место занимают моторные и соматовегетативные нарушения: астазия-абазия, истерические парезы и параличи конечностей, истерическая афония, а также истерические рвоты, задержка мочеиспускания, головные боли, обмороки, псевдоалгические явления (т.е. жалобы на боли в тех или иных частях тела) при отсутствии органической патологии соответствующих систем и органов, а также при отсутствии объективных признаков боли. В младшем детском возрасте часто встречаются рудиментарные моторные припадки: падения с криком, плачем, разбрасыванием конечностей, ударами об пол и аффект-респираторные приступы, которые возникают в связи с обидой, недовольством при отказе выполнить требование ребенка, наказании и т.д. Наиболее редко у детей и подростков встречаются истерические сенсорные расстройства: гипер- и гипестезия кожи и слизистых, истерическая слепота (амавроз).

Неврастения (астенический невроз).

Возникновению неврастении у детей и подростков способствуют соматическая ослабленность и перегрузка различными дополнительными занятиями. Неврастения в выраженной форме встречается только у детей школьного возраста и подростков. Основные проявления невроза – повышенная раздражительность, несдержанность, гневливость и в то же время – истощаемость аффекта, легкий переход к плачу, утомляемость, плохая переносимость любого психического напряжения. Наблюдается вегетососудистая дистония, сниженный аппетит, расстройства сна. У детей более младшего возраста отмечаются двигательная расторможенность, неусидчивость, склонность к лишним движениям.

Ипохондрический невроз.

Невротические расстройства, в структуре которых преобладают чрезмерная озабоченность своим здоровьем и склонность к необоснованным опасениям по поводу возможности возникновения того или иного заболевания. Встречается в основном у подростков.

Невротическое заикание.

Психогенно обусловленное нарушение ритма, темпа и плавности речи, связанное с судорогами мышц, которые участвуют в речевом акте. У мальчиков заикание возникает значительно чаще, чем у девочек. Расстройство в основном развивается в период становления речи (2-3 года) или в возрасте 4-5 лет, когда происходит значительное усложнение фразовой речи и формирование внутренней речи. Причинами невротического заикания могут быть острые, подострые и хронические психические травмы. У детей младшего возраста наряду с испугом частой причиной невротического заикания является внезапная разлука с родителями. Вместе с тем возникновению невротического заикания способствует ряд условий: семейная слабость церебральных механизмов речи, проявляющаяся в различных речевых расстройствах, невропатические состояния, информационные перегрузки, попытки родителей форсировать речевое и интеллектуальное развитие ребенка и др.

Невротические тики.

Объединяют разнообразные автоматизированные привычные движения (мигание, наморщивание кожи лба, крыльев носа, облизывание губ, подергивание головой, плечами, различные движения конечностями, туловищем), а также «покашливание», «хмыкание», «хрюкающие» звуки (респираторные тики), которые возникают в результате фиксации того или иного защитного движения, первоначально целесообразно. В части случаев тики относят к проявлениям невроза навязчивости. Вместе с тем нередко, особенно у детей дошкольного младшего школьного возраста, невротические тики не сопровождаются чувством внутренней несвободы, напряжения, стремлением к навязчивому повторению движения, т.е. не носят навязчивого характера. Такие привычные автоматизированные движения относятся к психопатологически недифференцированным невротическим тикам. Невротические тики (включая навязчивые) – распространенное расстройство в детском возрасте, они обнаруживаются у мальчиков в 4,5% и у девочек в 2,6% случаев. Наиболее часты невротические тики в возрасте от 5 до 12 лет. Наряду с острыми и хроническими психическими травмами в происхождении невротических тиков играет роль местное раздражение (конъюнктивит, инородное тело глаза, воспаление слизистой верхних дыхательных путей и т.п.). Проявления невротических тиков довольно однотипны: преобладают тиковые движения в мышцах лица, шеи, плечевого пояса, респираторные тики. Часты сочетания с невротическим заиканием и энурезом.

Невротические расстройства аппетита (анорексия).

Группа системных невротических расстройств, характеризующихся различными нарушениями пищевого поведения в связи с первичным снижением аппетита. Чаще всего наблюдается в раннем и дошкольном возрасте. Непосредственным поводом к возникновению невротической анорексии часто является попытка матери насильно накормить ребенка при его отказе от еды, перекармливание, случайное совпадение кормления с каким-либо неприятным впечатлением (испуг, связанный с тем, что ребенок случайно подавился, резкий окрик, ссора взрослых и т.п.). Клинические проявления включают отсутствие у ребенка желания есть любую пищу или выраженную избирательность к еде с отказом от многих обычных продуктов, очень медленный процесс еды с долгим пережевыванием пищи, частые срыгивания и рвота во время еды. Наряду с этим наблюдаются пониженное настроение, капризность, плаксивость во время приема пищи.

Невротический энурез.

Психогенно обусловленное неосознанное упускание мочи, преимущественно во время ночного сна. В этиологии энуреза, помимо психотравмирующих факторов, играют роль невропатические состояния, черты тормозимости и тревожности в характере, а также идентичная семейная отягощенность. Клиника невротического энуреза отличается выраженной зависимостью от ситуации. Ночное недержание мочи учащается при обострении психотравмирующей ситуации, после физических наказаний и т.п. Уже в конце дошкольного и начале школьного возраста появляются переживание недостатка, пониженная самооценка, тревожное ожидание нового упускания мочи. Это нередко ведет к нарушениям сна. Как правило, наблюдаются другие невротические расстройства: неустойчивость настроения, раздражительность, капризность, страхи, плаксивость, тики.

Невротический энкопрез.

Проявляется в непроизвольном выделении незначительного количества испражнений при отсутствии поражений спинного мозга, а также аномалий и других заболеваний нижнего отдела кишечника или сфинктера анального отверстия. Встречается примерно в 10 раз реже энуреза, в основном у мальчиков в возрасте от 7 до 9 лет. В этиологии основная роль принадлежит длительной эмоциональной депривации, чрезмерно строгим требованиям к ребенку, внутрисемейному конфликту. Патогенез энкопреза не изучен. Клиника характеризуется нарушением навыка опрятности в виде появления небольшого количества испражнений при отсутствии позыва к дефекации. Часто ему сопутствует пониженное настроение, раздражительность, плаксивость, невротический энурез.

Патологические привычные действия.

Группа специфических для детей и подростков психогенных нарушений поведения, в основе которых лежит болезненная фиксация произвольных действий, свойственных детям раннего возраста. Наиболее распространенными являются сосание пальцев, кусание ногтей (онихофагия), генитальные манипуляции (раздражение половых органов, завершающееся оргазмом), напоминающие онанизм (мастурбацию). Реже встречаются болезненное стремление выдергивать или выщипывать волосы на волосистой части головы и бровях (трихотилломания) и ритмическое раскачивание головой и туловищем (яктация) перед засыпанием у детей первых 2 лет жизни.

Профилактика

У детей и подростков прежде всего основана на психогигиенических мерах, направленных на нормализацию внутрисемейных отношений и коррекцию неправильного воспитания. Учитывая важную роль в этиологии неврозов особенностей характера ребенка, целесообразны воспитательные мероприятия по психическому закаливанию детей с тормозимыми и тревожно-мнительными чертами характера, а также с невропатическими состояниями. К таким мероприятиям относятся формирование активности, инициативы, обучение преодолению трудностей, дезактуализация пугающих обстоятельств (темнота, разлука с родителями, встреча с незнакомыми людьми, с животными и т.п.). Важную роль играет воспитание в коллективе с определенной индивидуализацией подхода, подбором товарищей определенного склада характера. Определенная профилактическая роль принадлежит также мерам по укреплению физического здоровья, прежде всего занятиям физкультурой и спортом. Немалая роль принадлежит психогигиене умственного труда школьников, предупреждению их интеллектуальных и информационных перегрузок.

Спасибо за внимание!