

**Лекция 7. Неврозы и невротические
расстройства в детском возрасте
(4 часа)**

Цель изучения лекции: ознакомить студентов с основными причинами и механизмами формирования неврозов; изучить конкретные симптомы и синдромы невротических расстройств.

Основные понятия: невроз, психическая травма, внутренний конфликт

структурные нарушения мышления, патологическая продукция, бред, навязчивые мысли

Материал лекции подготовлены по книгам:

Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических расстройств у детей и подростков.

Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ НЕВРОЗОВ

- Невроз – психогенное нервно-психическое расстройство, которое возникает в результате нарушения особенно значимых жизненных отношений человека, проявляется преимущественно в обратимых эмоциональных, двигательных и сомато-вегетативных нарушениях и с сохраняющимся критическим отношением к болезни.
- Невротические расстройства в *детском возрасте* отличаются отсутствием или недостаточной выраженностью сознания или переживания ребенком этих расстройств и преобладанием сомато-вегетативных и двигательных нарушений.

ЭТИОЛОГИЯ (ПРИЧИНЫ) И ПАТОГЕНЕЗ (МЕХАНИЗМ) ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕВРОЗОВ

- Конституциональный фактор.
- Нервно-соматическая ослабленность.
- Особенности характера детей (преморбидные особенности личности)
- Возрастной фактор
- Психическая травма
- Внутренний конфликт

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЙ ФАКТОР

- К конституциональным проявлениям необходимо отнести темперамент, врожденный тип нервно-психического реагирования, главным образом, со стороны темпа протекания психических процессов.
- Чем больше «меняется» под влиянием неправильного воспитания природный темперамент, тем больше тяжесть невроза, вызванного излишними ограничениями или чрезмерной стимуляцией психофизиологических возможностей детей.
- В большей степени это относится к мальчикам, у которых по сравнению с девочками чаще встречается холерический темперамент, наиболее легко повреждаемый при чрезмерных средовых ограничениях.
- Мальчики более уязвимы к ограничениям при холерическом, а девочки – к стимуляции при флегматическом темпераменте.
- Дети с холерическим темпераментом в большей степени склонны к невротическим реакциям тревожного круга, с флегматическим темпераментом – к невротическим страхам .

ПЕРВООСОМАТИЧЕСКАЯ ОСЛАБЛЕННОСТЬ

- Наиболее часто речь идет об общей соматической ослабленности, подверженности частым простудным заболеваниям, спазмам в области дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы.
- Другим источником нервно-психической ослабленности организма является резидуальная церебральная органическая недостаточность.
- Оба вида патологии способствуют возникновению астенических расстройств, на фоне которых легче фиксируются невротические симптомы, прежде всего страхи, навязчивые мысли и опасения.
- Часто речь идет об избирательной ослабленности определенных систем организма, наиболее подверженных воздействию стресса.

НЕРВНО-СОМАТИЧЕСКАЯ ОСЛАБЛЕННОСТЬ

- Длительно протекающий психический стресс и сам по себе приводит к определенным функциональным расстройствам в деятельности диэнцефального отдела мозга.
- Выражается это хроническим течением соматических заболеваний, впервые возникшей вегетососудистой дистонией и гормональной неустойчивостью в подростковом возрасте.
- При ослабленности организма возрастает количество проблем в воспитании, так как нелегко найти подход к часто болеющему ребенку.
- У матери и бабушки в этом случае часто проявляются гиперопека и предохранение от общения со сверстниками.

ОСОБЕННОСТИ ХАРАКТЕРА

- Своеобразие формирования характера и личности – одно из центральных понятий патогенеза неврозов.
- Из преморбидных особенностей обращают внимание прежде всего эмоциональная чувствительность и выраженность чувства «Я».
- Эмоциональная чувствительность проявляется повышенной потребностью в эмоциональном контакте, признании, любви и привязанности со стороны близких и значимых лиц, а также заметной чувствительностью к оттенкам их отношения.
- В свою очередь, неудовлетворение этих потребностей порождает столь присущий детям с неврозами страх одиночества или страх неразделенности чувств, эмоционального неприятия и изоляции.

ОСОБЕННОСТИ ХАРАКТЕРА

- Выраженность «я» – это рано проявляемое чувство собственного достоинства, стремление к своему мнению, самостоятельности в занятиях и действиях.
- Эти цельные и непосредственные в своем чувстве дети стремятся быть собой, не переносят заискивания, притворной вежливости и фальши, двойственности в чувствах и отношениях.
- Уже в первые годы жизни они ранимо воспринимают ущемление их чувства «я», подавление, диктат, ограничения активности, чрезмерный контроль и избыточную заботу, проявляя несовместимость с подобным отношением в виде упрямства (с точки зрения родителей).
- Чрезмерные ограничения активности и самостоятельности создают аффект блокирования потребностей в самовыражении, самореализации и утверждении своего «я».

ОСОБЕННОСТИ ХАРАКТЕРА

- Несоответствие воспитания, складывающемуся характеру и формирующейся личности приводит к депривации в эмоциональном контакте, привязанности и любви, признании, самовыражении, самореализации и утверждении «я».
- Помимо этого, в подчеркнутом у этих детей чувстве «я» находит свое отражение и выраженный инстинкт самосохранения, что облегчает появление невротических страхов и психических травм.
- Последние, в свою очередь, заостряют потребность в безопасности в виде нарастания беззащитности, боязливости и тревожности.
- В аффективно переживаемой депривации и заострении ведущих потребностей и заключаются психогенные аспекты в формировании личности детей, болеющих неврозами.

ВОЗРАСТНОЙ ФАКТОР

- Возрастной фактор в патогенезе неврозов имеет значение в плане нахождения наиболее чувствительного возраста к появлению невротических расстройств.
- В большинстве случаев невроз начинается в старшем дошкольном возрасте, когда дети еще достаточно эмоциональны и в то же время у них наблюдается интенсивное развитие мышления (когнитивного уровня психики).
- В этом возрасте они тонко понимают и глубоко переживают травмирующие жизненные обстоятельства, будучи еще неспособными разрешить их наиболее доступным для себя способом.
- В этом же возрасте наибольшее распространение имеют возрастные страхи, в том числе страх смерти и связанные с ним страхи, клинически заостряемые сильными переживаниями, испугами и болезнями.

ВОЗРАСТНОЙ ФАКТОР

- При анализе возникновения неврозов и у мальчиков и у девочек наиболее уязвимы возрасты 2,3,5 и 7 лет.
- В 2 и 3 года причины невроза – с одной стороны, травмирующего опыта разлук с родителями (ясли и детский сад) и проблем адаптации к ним; с другой стороны, противоборства родителей с упрямством детей, фактически же – с их природным темпераментом, волей и формирующимся чувством «я».
- В 7 лет невротизирующий фактор заключается в нервно-психической перегрузке в связи с обучением в школе, повышенными требованиями к оценкам и чрезмерным контролем за приготовлением уроков со стороны родителей, а также проблемами психологической адаптации к школе.
- В 64% невроз возникает в дошкольном и в 36% – в школьном возрасте (различия достоверны).
- Необходимо заметить, что тяжесть невроза у мальчиков достоверно выше, чем тяжесть невроза у девочек.
- Как у мальчиков, так и у девочек неврастения чаще всего начинается в 2, 3 и 7 лет; истерический невроз – в 3 года; невроз страха – в 5 лет; обсессивный невроз – в школьном, преимущественно в подростковом возрасте.

ВОЗРАСТНОЙ ФАКТОР

- Причинами неврозов в разные возрастные периоды являются:
-
- неврастении в 2 и 3 года – борьба родителей с упрямством детей;
 - Истерические неврозы в 3 года – нарушение эмоционального контакта со стороны матери и отсутствие признания детей в семье;
 - неврозы страха в 5 лет – аффективное, ситуативно обусловленное заострение возрастных страхов;
 - неврастении в 7 лет – нервно-психическая перегрузка у первоклассников под влиянием чрезмерных требований родителей;
 - Обсессивные неврозы в школьном, чаще подростковом возрасте – морально-этические, аффективно заостренные и неразрешимые конфликты.
 - Нетрудно увидеть в подобной возрастной динамике переход от внешне детерминированных патогенетических конфликтов при неврозах в первые годы жизни детей к конфликтам внутреннего плана у подростков.

ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА

- Психическая травма – это аффективное отражение в сознании индивидуально значимых событий в жизни, оказывающих гнетущее, беспокоящее и отрицательное в целом действие.
- В этом значении психическая травма личностно неповторима у каждого человека.
- Вместе с тем есть много общего, что способно вызвать аффективно заостренное переживание (испуг, угроза, внезапные потрясение, блокада значимых потребностей, невосполнимые потери и утраты).

ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА

- Психическая травма – одновременно объективный и субъективный феномен.
- Объективна она постольку, поскольку отражает общечеловеческий регистр переживаний; субъективность ее – в индивидуально различном, личном характере переживаний.
- Психическая травма как психологическое понятие включает в себя осознанное восприятие каких-то индивидуально значимых, неприятных событий, их переработку в виде переживаний и развитие более или менее продолжительного состояния аффекта.

ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА

- Констатация психической травмы означает не только наличие отрицательных эмоций, но и отсутствие их отреагирования.
- Психическая травма не всегда «видима», т. е. проявляется в поведении, особенно у детей с импрессивным, внутренним характером переработки эмоций.
- Далеко не всегда психическая травма как эмоциональное потрясение, испуг сохраняется в памяти в последующие годы. Здесь срабатывает защитный механизм вытеснения или амнезии психотравмирующих событий,
- Особое значение приобретают психические травмы, связанные с пребыванием в больницах без матери в первые годы жизни, большим количеством болезненных процедур и неправильным поведением персонала этих учреждений, игнорирующих повышенную эмоциональную чувствительность и впечатлительность детей,

ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА

- То же можно сказать и в отношении помещения в санатории, если персонал не оказывается на должной высоте и нередко прибегает к наказаниям, угрозам и осуждениям в отношении «строптивых» детей, не способных быстро уснуть днем, есть «сколько положено» и все время стремящихся домой, к матери.
- В нашей практике типичны недопустимые случаи, когда детей младшего дошкольного возраста в качестве наказания закрывают в туалет, ставят в темную комнату, пугают тем, что мать не придет и оставит их, и т. д.
- Все это приходится на возраст максимальной чувствительности к страхам замкнутого пространства, темноты и одиночества, являясь источником психической травматизации детей.
- Доминирующая роль при неврозах принадлежит хронической психической травматизации, нередко дополненной острыми психическими травмами. Однако последние могут играть и относительно самостоятельное значение.

ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА

- Психическая травма не всегда детерминирована внешними неблагоприятными обстоятельствами или событиями.
- В школьном возрасте, особенно в подростковом, она может быть в виде:
 - тягостных, неразрешимых переживаний измененности и ущербности «я»
 - неприспособленности и незащитности
 - неприятию сверстниками и отличию от них по типу «я не такой, как все».

ИСТОЧНИКИ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ:

- семейно-бытовые, прежде всего конфликтные, отношения в семье
- дисгармоничное функционирование семьи в целом, приводящее к заболеванию одного из ее членов
- хронический эмоциональный стресс
- особый склад личности детей и подростков .
- Считается, что чем острее и внезапнее действует психическая травма, тем меньшую роль играют личностные особенности, и, наоборот, при уменьшении массивности и остроты психической травмы индивидуальный склад личности приобретает большую роль в формировании клинической картины невроза

□

ИСТОЧНИКИ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ

- **Неправильное воспитание в семье и конфликты).**
- Установлена следующая причинная значимость семейных факторов при неврозах у детей:
 - развод родителей;
 - ссоры в семье;
 - грубое и строгое отношение родителей;
 - ситуация депривации;
 - воспитание вне семьи;
 - неодинаковое и противоречивое отношение;
 - симбиотическая связь с одним из родителей;
 - чрезмерные амбиции родителей;
 - ссоры с братьями и сестрами;
 - узнавание об усыновлении

ВНУТРЕННИЙ КОНФЛИКТ

- В концепции неврозов у детей В. И. Гарбузова (1977) основное патогенное противоречие состоит в несоответствии средового влияния врожденному типу реагирования — темпераменту.
- По данным Ковалева В.В. (1972), основополагающим противоречием при неврозах является несоответствие требований родителей и воспитания в целом психофизиологическим возможностям детей, особенностям формирования характера и личности.
- По В. А. Гиляровскому (1938), сама сущность невроза предполагает несоответствие между возможностями, находящимися в распоряжении личности, и теми обязанностями, которые проистекают из наличия определенных социальных отношений.
- Р. А. Зачепиский (1975) патогенный источник невроза усматривается в столкновении значимых отношений личности с несовместимой с ними жизненной ситуацией, что ведет к перенапряжению процессов ВНД и ее расстройствам.

ВНУТРЕННИЙ КОНФЛИКТ

- Невротический конфликт при различных неврозах представлен, по мнению В. Н. Мясищева (1960), следующим образом.
- При неврастении он состоит в противоречии между возможностями личности и завышенными требованиями к этой личности окружающих.
- При истерическом неврозе – конфликт обусловлен завышенными притязаниями, сочетающимися с недооценкой или полным игнорированием объективных, реальных условий.
- При обсессивном неврозе конфликт обусловлен противоречивыми тенденциями, борьбой между желанием и долгом, между моральными принципами и личными привязанностями.

ВНУТРЕННИЙ КОНФЛИКТ

- Типология патогенных противоречий при неврозах у детей в общих чертах повторяет описанную. Однако необходим ряд уточнений и дополнений, учитывая специфику детского возраста.
- При неврастении имеет место исходное противоречие между требованиями родителей и возможностями детей, которые не могут утвердить себя в каких-то значимых сторонах жизни.
- При истерическом неврозе ведущим является противоречие между заостренной потребностью эмоционального признания и возможностью его удовлетворения со стороны родителей, проявляемое страхом «быть никем», т.е. не значить, не представлять ценности, быть забытым и нелюбимым.
- При неврозе страха противоречие – между невозможностью или слабостью защиты себя при выраженном инстинкте самосохранения. Подобное противоречие проявляется страхом «быть ничем», т.е. не существовать, не быть, быть безжизненным и мертвым.

ВНУТРЕННИЙ КОНФЛИКТ

- При обсессивном неврозе противоречие между чувством и долгом, эмоциональными и рациональными сторонами психики с центральным страхом изменения или страхом «быть не собой».
- Конфликт самоутверждения при неврастении часто встречается в преддошкольном возрасте как проявление формирующегося «я», а также в младшем школьном возрасте при формировании чувства обязанности, ответственности и долга.
- Конфликт признания при истерическом неврозе типичен в младшем дошкольном возрасте, когда выражены потребности в эмоциональном признании, привлекательности и любви.

ВНУТРЕННИЙ КОНФЛИКТ

- Безусловно, эта схема не исключает других возрастных вариантов патогенных противоречий или наличие нескольких сразу.
- Главное в рассмотренных патогенных противоречиях – аффективно переживаемая невозможность реализации жизненно важных потребностей самоутверждения, признания (любви), защиты (безопасности) и единства «я».
- В итоге создаются препятствия на пути осуществления ведущей личностной потребности – самореализации как главной фабулы внутреннего конфликта при неврозах.

СОДЕРЖАНИЕ ВНУТРЕННЕГО КОНФЛИКТА

- Психологический конфликт при неврозах представляет собой несовместимость, столкновение противоречивых и неразрешимых отношений личности
- Чем больше степень противоречивости, непоследовательности и неадекватности в отношении к ребенку в семье, тем более напряжена и неустойчива его внутренняя позиция.
- Неустойчивость внутренней позиции является существенным фактором, способствующим перенапряжению нервных процессов и невротическому «срыву» под влиянием даже незначительных психотравм и соматической ослабленности

ДИНАМИКА ВНУТРЕННЕГО КОНФЛИКТА

- Динамику внутреннего конфликта в развернутом виде можно представить следующим образом:
- 1) наличие психотравмирующих, т. е. вызывающих переживания, жизненных обстоятельств или событий;
- 2) трудность, невозможность их разрешения силами ребенка, что приводит к хроническому чувству усталости и напряжения;
- 3) столкновение противоположно направленных мотивов, желаний, устремлений, порождающих эффект фрустрации, внутреннего беспокойства;
- 4) появление чувства неудовлетворенности собой, усиление беспокойства и аффективной напряженности;
- 5) неустойчивость самооценки, в основном ее понижение, пессимистическая оценка перспективы;

ДИНАМИКА ВНУТРЕННЕГО КОНФЛИКТА

- 6) уменьшение внутренней согласованности в оценках и суждениях, колебания в принятии решений, неуверенность в себе;
- 7) повышение чувствительности в виде непереносимости определенных жизненных обстоятельств и событий или идиосинкразического, аффективно заостренного типа реагирования.
- Если первый и второй пункты рассматриваемой динамики внутреннего конфликта означают стресс, то, начиная с третьего пункта (фрустрации), он превращается в дистресс – более или менее устойчивое, отрицательно воспринимаемое эмоциональное расстройство.
- Сам ребенок не может выйти из этого состояния, поскольку не устраняются психотравмирующие условия жизни и у него нет достаточного жизненного опыта.
- Вместе с тем нарастающий аффект, как производное переживаний, все в большей степени блокирует решения и способность переносить аналогичные переживания в

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- **Факторами способствующими** возникновению неврозов являются:
- конституциональные особенности;
- нервно-соматическая ослабленность;
- особенности характера детей (преморбидные особенности личности);
- возрастные кризисы;
- психическая травма.
- **Центральным механизмом** развития неврозов является внутренний конфликт

Системные невроты в детском возрасте

ОБЩИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ

- Среди различных проявлений неврозов и невротических форм реактивных состояний в детском возрасте, особенно у младших детей, элементарные соматовегетативные и двигательные расстройства встречаются значительно чаще, чем собственно психические, прежде всего эмоциональные нарушения.
- И хотя эмоциональные расстройства в том или ином виде всегда входят в структуру невротических реакций и состояний, но в силу их малой дифференцированности и рудиментарности они часто находятся на втором плане и не определяют клинической картины заболевания.

ОБЩИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ

- Соматовегетативные и двигательные невротические расстройства у детей обычно выступают как относительно изолированные или доминирующие моносимптомы в связи с чем их условно называют моносимптомными неврозами.
- Они соответствуют так называемым неврозам органов, или **системным неврозам**, т.е. тем формам неврозов, при которых ведущая роль в патогенезе и клинической картине принадлежит нарушению деятельности одной из соматических (в широком смысле) функциональных систем.
- При этом система понимается не в локальном плане как отдельный орган, а как многоуровневое сложное рефлекторное образование.

ОБЩИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ

- Выделение и углубленное изучение системных невротозов у детей и подростков имеет важное практическое значение ввиду их относительной частоты,
- Кроме того, в связи с тем, что преобладающие при каждом из них определенные системные нарушения требуют лечебных и реабилитационных мероприятий, которые существенно отличаются от методов и форм лечения и реабилитации больных «общими» невротозами.
- В этиологии системных невротозов у детей и подростков причинными факторами чаще бывают психические травмы, сопровождающиеся испугом.
- Реже системные невротозы возникают под влиянием длительной психотравмирующей ситуации.

НЕВРОТИЧЕСКОЕ ЗАИКАНИЕ

- Заиканием называют нарушение ритма, темпа и плавности речи, связанное с судорогами мышц, участвующих в речевом акте.
- Заикание относится к числу распространенных в детском возрасте нарушений (кратковременное заикание наблюдается у 4%, а относительно стойкое – у 1% всех детей).
- У мальчиков оно возникает чаще, чем у девочек. По данным разных авторов, это соотношение колеблется от 2:1 до 10:1.
- Расстройство чаще всего развивается в возрасте 3 -5 лет, когда происходит значительное усложнение фразовой речи, связанное с интенсивным формированием мышления, и ребенок начинает задавать особенно много вопросов познавательного характера.
- Однако возникновение заикания возможно и в более раннем возрасте, в частности в период становления речи, т. е. на 2-3-м году жизни.

НЕВРОТИЧЕСКОЕ ЗАИКАНИЕ: ПРИЧИНЫ

- Причинами возникновения невротического заикания могут быть:
- острые или подострые психические травмы (испуг, внезапно возникшее волнение, разлука с родителями, помещение в дошкольное детское учреждение);
- длительные психотравмирующие ситуации (конфликтные отношения в семье, неправильное воспитание, особенно гиперпротекция).
- Способствующими внутренними факторами являются невропатические состояния и семейная отягощенность патологией речи, прежде всею заиканием.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА НЕВРОТИЧЕСКОГО ЗАИКАНИЯ

- Клиническая картина невротического заикания характеризуется ведущим синдромом заикания с преобладанием в начальном периоде заболевания тонической судороги в дыхательно-вокальной мускулатуре с постепенным присоединением тонико-клонических судорог в артикуляционной мускулатуре.
- Часто отмечаются скрытое повышение тонуса вокальных мышц, выраженное нарушение речевого дыхания, различные сопутствующие речи дополнительные движения в мышцах лица, шеи и конечностей.
- Сравнительно быстро, спустя несколько месяцев или 1-2 года после возникновения заикания, появляется более или менее выраженная реакция ребенка на дефект речи.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА НЕВРОТИЧЕСКОГО ЗАИКАНИЯ

- Дети начинают замечать его, стесняются говорить в присутствии посторонних, отказываются от устных выступлений на утренниках.
- Позднее, в школьном возрасте, а особенно часто у подростков возникает страх речи – логофобия, который значительно усиливает заикание при волнении и психическом напряжении, в частности при вызове к доске в школе.
- Выраженная логофобия, наблюдаемая в основном в пубертатном возрасте, может вести к полному отказу подростка от устных ответов в школе, что является источником школьной дезадаптации.

ДИНАМИКА НЕВРОТИЧЕСКОГО ЗАИКАНИЯ

- Начальный этап может протекать в форме острой невротической реакции, которая возникает по выходе из аффективно-шоковой реакции, связанной с сильным испугом, особенно в случае развития реактивного мутизма.
- При длительных психотравмирующих ситуациях, а также в условиях неблагоприятного «речевого климата» начальный этап заикания проявляется преневротическим состоянием с эпизодически возникающими запинками в речи.
- Чаще заикание появляется у детей с нормальным или ускоренным развитием речи.
- В дальнейшем происходит либо обратное развитие заикания, либо его фиксация на основе закрепления моторного речевого автоматизма.

ЛЕЧЕНИЕ

- Лечение невротического заикания должно быть как можно более ранним и комплексным.
- Основным патогенетическим методом лечения невротического заикания является психотерапия.
- Выбор адекватных психотерапевтических мероприятий требует детального выяснения особенностей психотравмирующих факторов, вызвавших возникновение заикания.
- В случае возникновения заикания в связи с шоковыми психическими травмами лечение следует начинать с «режима молчания», применяемого в течение 7-10 дней, с последующим постепенным включением речевой деятельности ребенка.
- При возникновении заикания под влиянием хронической психотравмирующей ситуации необходимо проведение семейной психотерапии.

□

ЛЕЧЕНИЕ

- В лечении **неврозоподобного** заикания в отличие от невротического ведущая роль принадлежит сочетанию логопедических мероприятий с медикаментозной терапией, а также с методами физиотерапии.
- Немалое значение имеют специальная музыкальная ритмика, лечебная физкультура. В то же время психотерапия имеет вспомогательное значение и в основном направлена на лечение вторичных невротических реакций, возникающих в пубертатном возрасте.

НЕВРОТИЧЕСКИЕ ТИКИ

- Невротическими тиками называют разнообразные автоматизированные привычные элементарные движения (мигание, наморщивание лба, крыльев носа, облизывание губ, подергивания головой, плечами, различные движения конечностями, туловищем).
- К тикам относят также покашливания, хмыканье, «хрюкающие» звуки (так называемые респираторные тики), которые возникают в результате фиксации того или иного защитного действия, первоначально имевшего целесообразный характер.
- В части случаев тики могут приобретать навязчивый характер, тогда они относятся к проявлениям невроза навязчивых состояний.
- Вместе с тем нередко, особенно у детей младшего возраста, невротические тики не сопровождаются чувством внутренней несвободы, напряжения и навязчивым стремлением к повторению того или иного фиксированного движения.
- Такие фиксированные автоматизированные привычные движения называют недифференцированными невротическими тиками.
- Невротические тики весьма распространены в детском возрасте.

ПРИЧИНЫ ТИКОВ

- Роль причинных факторов играют длительные психотравмирующие ситуации, острые психические травмы, сопровождающиеся испугом, местное раздражение конъюнктивы, дыхательных путей, кожи и т. д., вызывающее защитную рефлекторную двигательную реакцию, а также поражение тиком кого-либо из окружающих.
- Самыми частыми причинными факторами тика являются местное раздражение, вызывающее рефлекторное защитное движение, и длительная психотравмирующая ситуация, сопровождающаяся негативными переживаниями ребенка.
- Наряду с этим важная роль в этиологии тиков отводится системной слабости стриопаллидарных функциональных механизмов, которая может иметь как приобретенный характер, так и врожденный, в том числе семейно-наследственный.
- Способствует возникновению тиков также наличие невропатического состояния.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Клиническая картина невротических тиков, несмотря на разнообразие их форм, в целом довольно однотипна.
- Преобладают движения в мышцах лица, шеи, плечевого пояса, а также респираторные тики.
- Локализация тиков в ходе заболевания может многократно изменяться.
- Со временем, особенно у детей школьного возраста, тики превращаться в навязчивые.
- Субъективно дети оценивают тики как своеобразную «привычку» нередко считают ее болезненной, хотя в отличие от больных с навязчивыми движениями (в том числе и навязчивыми тиками) обычно не пытаются активно преодолеть, эту «привычку».
- Довольно часто невротические тики сочетаются с невротическим заиканием и энурезом.

ЛЕЧЕНИЕ НЕВРОТИЧЕСКИХ ТИКОВ

- Лечение невротических тиков часто представляет трудную задачу. На этапе невротической реакции лечение более эффективно.
- Нередко тики ликвидируются при изъятии ребенка из психотравмирующей обстановки.
- Психотерапевтические мероприятия должны прежде всего включать семейную психотерапию, направленную на устранение или сглаживание тех или иных психотравмирующих моментов и нормализацию воспитательного подхода к ребенку в семье.
- Психотерапевтическое значение может иметь, создание у ребенка эмоционально заряженных новых интересов и увлечений (трудовые процессы, работа в кружках, самодеятельность и т. п.).

НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА СНА

- Психогенные расстройства сна у детей и подростков, несмотря на их относительно большую распространенность, мало изучены.
- Отчасти это связано с трудностями объективизации нарушения сна и большими возрастными и индивидуальными различиями продолжительности и глубины сна.
- Физиологически необходимая продолжительность сна значительно меняется с возрастом от 16-18 часов в сутки у ребенка 1-го года жизни до 10,5-11 ч в возрасте 7-10 лет и 8,5 ч у подростков 14-16 лет
- Для установления наличия расстройства сна имеет значение не столько его продолжительность, сколько глубина, определяемая по скорости пробуждения под влиянием внешних раздражителей, а также длительность периода засыпания.

ПРИЧИНЫ НЕВРОТИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА СНА

- В этиологии невротических расстройств сна причинную роль играют общие для всех неврозов психотравмирующие моменты.
- У детей младшего возраста непосредственным поводом к возникновению расстройства сна часто бывают различные психотравмирующие факторы, действующие на ребенка в вечерние часы, незадолго до сна: ссоры родителей в это время, различные пугающие ребенка сообщения взрослых о каких-либо происшествиях и несчастных случаях, просмотры кинофильмов по телевидению и т. п.
- Способствуют развитию невротических расстройств сна также невропатические состояния и церебральная резидуально-органическая недостаточность.
- Последняя, как полагают, обуславливает нарушения ритма смены сна и бодрствования.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СНА

- Клиническая картина невротических расстройств сна характеризуется нарушением засыпания, расстройством глубины сна с ночными пробуждениями, ночными страхами, а также снохождением и сноговорением.
- Нарушение засыпания часто отмечается при различных невротических реакциях и состояниях у детей.
- Как изолированное расстройство оно почти не встречается. Выражается оно в замедленном переходе от бодрствования ко сну, засыпание может длиться до 1-2 часов.
- Реже встречаются длительные ночные пробуждения, свойственные преимущественно детям младшего возраста.
- В этом случае ребенок после пробуждения остается спокойным, может подолгу играть своими пальцами, одеялом, тихо напевать. Такие состояния иногда продолжаются до 1-2 ч.

ЛЕЧЕНИЕ

- При лечении невротических расстройств сна наиболее эффективны психотерапевтические мероприятия: семейная психотерапия, психогигиеническая коррекция режима ребенка в вечерние часы.
- У детей школьного возраста можно применять гипнотическое внушение, направленное на устранение страхов и тревожных опасений, препятствующих быстрому засыпанию, а также использовать аутогенную тренировку.
- Дополнительную роль играет медикаментозное лечение.

НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

АППЕТИТА

(АНОРЕКСИЯ)

- Эта группа системных невротических расстройств широко распространена и включает различные нарушения пищевого поведения у детей, связанные с первичным снижением аппетита.
- В этиологии анорексии играют роль разнообразные психотравмирующие моменты: разлука с матерью, помещение в детское учреждение, неровный воспитательный подход к ребенку, физические наказания, недостаточное внимание к ребенку, реже – психические травмы.
- Непосредственным поводом к возникновению первичной невротической анорексии часто является попытка матери насильно накормить ребенка при отказе его от еды, перекармливание.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АНОРЕКСИИ

- Клинические проявления анорексии довольно однотипны.
- У ребенка отсутствует желание есть любую пищу или он проявляет большую избирательность в еде, отказываясь от многих обычных продуктов.
- Как правило, он неохотно садится за стол, очень медленно есть, подолгу «перекатывает» пищу во рту.
- В связи с повышенным рвотным рефлексом часто во время еды возникает рвота.
- Прием пищи вызывает у ребенка пониженное настроение, капризность, плаксивость.

ТЕЧЕНИЕ АНОРЕКСИИ

- Течение невротической анорексии может быть непродолжительным – не дольше 2-3 недель, что чаще наблюдается после острых или подострых психических травм, сопровождающихся испугом.
- У детей с невропатическими состояниями, а также избалованных в условиях неправильного воспитания невротическая анорексия может приобретать затяжное течение с длительным упорным отказом от еды.
- Дифференциальный диагноз следует проводить со снижением аппетита при соматогенных астенических состояниях у детей, часто болеющих, перенесших те или иные инфекционные заболевания.

ЛЕЧЕНИЕ НЕВРОТИЧЕСКОЙ АНОРЕКСИИ

- Основано на устранении возможных психотравмирующих факторов.
- Коррекция неправильного подхода родителей к кормлению ребенка (исключение насильственного кормления, перекармливания, различных отвлекающих моментов во время еды).
- У детей раннего возраста можно рекомендовать ограничение общей калорийности пищи на 15- 25% для усиления безусловного пищевого рефлекса.
- Эффективным средством является еда ребенка вместе с другими детьми.

НЕВРОТИЧЕСКИЙ ЭНУРЕЗ

- Термином «энурез» обозначают состояние неосознанного упускания мочи, преимущественно во время ночного сна.
- К невротическому энурезу откосятся те случаи, в возникновении которых причинная роль принадлежит психогенным факторам.
- Об энурезе как патологическом состоянии говорят при недержании мочи у детей начиная с возраста 4 лет, так как в более раннем возрасте оно может быть физиологическим.
- Распространенность энуреза в детском возрасте составляет 10%, в том числе среди мальчиков – 12%, среди девочек – 7% .
- К началу школьного возраста энурез отмечается у 4,5% детей, а к концу пубертатного периода это расстройство наблюдается редко.

НЕВРОТИЧЕСКИЙ ЭНУРЕЗ

- Энурез представляет неоднородное в этиологическом, патогенетическом и клиническом отношении расстройство.
- Выделяют две основные этиологические и клинические формы энуреза:
- **невротический**, возникновение которого связано с действием острых или затяжных психотравмирующих факторов;
- **неврозоподобный**, в происхождении которого ведущая роль, принадлежит остаточным явлениям внутриутробных или ранних постнатальных органических поражений головного мозга инфекционной, травматической и интоксикационной этиологии.

ПРИЧИНЫ ЭНУРЕЗА

- В этиологии невротического энуреза, помимо психотравмирующих воздействий, имеет значение ряд внутренних и внешних факторов.
- В числе первых основная роль принадлежит невропатическим состояниям, а также тревожности в характере ребенка.
- Наряду с этим в происхождении энуреза, в том числе и невротического, придается значение наследственности.
- В зависимости от времени возникновения энуреза его подразделяют на **первичный и вторичный**.
- При первичном энурезе недержание мочи отмечается с раннего детства без промежуточного периода сформированного навыка опрятности, характеризующегося способностью удерживать мочу не только во время бодрствования, но и во время сна.

ПРИЧИНЫ ЭНУРЕЗА

- Вторичный энурез возникает после более или менее длительного – не менее 1 года – периода наличия навыка опрятности.
- Невротический энурез всегда является вторичным.
- Первичный энурез, в генезе которого играет роль задержка созревания систем регуляции мочеиспускания называют дизонтогенетическим.
- Он часто имеет семейно-наследственный характер.
- В патогенезе неврозоподобного энуреза основная роль принадлежит повреждению сформированного, но еще недостаточно зрелого и упроченного механизма регуляции мочеиспускания.
- .
- Среди патофизиологических механизмов называют также торможение «сторожевого пункта» в коре при значительной глубине сна.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЭНУРЕЗА

- Клиническая картина невротического энуреза отличается выраженной зависимостью от ситуации и обстановки, в которых находится ребенок, от различных воздействий на его эмоциональную сферу.
- Недержание мочи, как правило, резко учащается при обострении психотравмирующей ситуации: в случае развода родителей, после очередного скандала, учиненного пьяным отцом, в связи с физическим наказанием и т. п.
- Вместе с тем временное изъятие ребенка из психотравмирующей ситуации часто сопровождается заметным урежением или прекращением энуреза.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЭНУРЕЗА

- Дети с невротическим энурезом сравнительно рано, уже в конце дошкольного и в младшем школьном возрасте, начинают болезненно переживать свой недостаток.
- Возникает нарушение засыпания и тревожный ночной сон, который, однако, не обеспечивает своевременного пробуждения ребенка при возникновении позыва к мочеиспусканию во время сна.
- Невротический энурез никогда не является единственным невротическим расстройством; он всегда сочетается с другими невротическими проявлениями.
- Другие проявления: эмоциональная лабильность, раздражительность, капризность, плаксивость, нарушения сна, тики, страхи и др.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЭНУРЕЗА

- Выделяют два клинических варианта невротического энуреза.
- **При первом варианте** недержание мочи возникает остро, непосредственно или вскоре после испуга, нередко по выходе из аффективно-шоковой реакции.
- Сначала заболевание выражается в форме невротической моносимптомной реакции со сравнительно редким (1 раз в 1-2 недели) ночным недержанием мочи.
- Во многих случаях спустя 1-3 месяца заболевание заканчивается выздоровлением.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЭНУРЕЗА

- Однако у части детей, особенно при наличии «измененной почвы» (невропатия, тревожности в характере, резидуально-органическая церебральная недостаточность), к ночному недержанию мочи присоединяются расстройства сна, пониженное настроение, плаксивость, снижение аппетита.
- Постепенно происходит переход от невротической реакции к более сложному по клинической структуре и более затяжному невротическому состоянию.
- На этом этапе динамики заболевания наряду с ночным недержанием мочи, которое становится более частым (по 2-3 раза в неделю), наблюдаются астенические симптомы, сниженное настроение, ипохондрические жалобы и опасения, повышенная раздражительность, несдержанность, нарушения поведения.
- Дальнейшее течение заболевания носит волнообразно-рецидивирующий характер. Во время обострений недержание мочи может становиться еженощным.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЭНУРЕЗА

- **При втором варианте заболевание** развивается постепенно в дошкольном и младшем школьном возрасте под влиянием хронической психотравмирующей ситуации.
- Различные полиморфные невротические расстройства (страхи, нарушения сна, расстройства аппетита, тики) отмечаются за несколько месяцев до появления недержания мочи.
- Последнее возникает под влиянием какого-либо дополнительного, нередко незначительного психотравмирующего воздействия.
- Вначале оно наблюдается редко – 1-2 раза в месяц, однако спустя 4-8 месяцев постепенно учащается, доходя до 4-6 раз в неделю.
- Вместе с тем возможны светлые интервалы разной продолжительности, связанные с временным улучшением ситуации или изъятием ребенка из психотравмирующей обстановки.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- Невротический энурез следует отграничивать от недержания мочи как одной из форм реакций пассивного протеста у детей дошкольного возраста.
- В последнем случае недержание мочи отмечается только в дневные часы и возникает преимущественно в психотравмирующей ситуации, например в яслях или детском саду в случае нежелания их посещать, в присутствии нежелаемого лица и т. п.
- Наблюдаются проявления протестующего поведения, недовольства обстановкой, реакции негативизма.
- Дневное недержание мочи как проявление реакции пассивного протеста может фиксироваться, утрачивать четкую связь с определенной психотравмирующей ситуацией и постепенно трансформироваться в преимущественно ночное невротическое недержание мочи.
- Такая динамика возможна при длительном сохранении психотравмирующей ситуации, а также при наличии у ребенка перечисленных выше предрасполагающих особенностей.

ЛЕЧЕНИЕ ЭНУРЕЗА

- Лечение энуреза должно быть комплексным, включающим различные сочетания психотерапии, медикаментозного лечения, физиотерапии, лечебной физкультуры, диетотерапии и специальных режимных мероприятий.
- **Строгая организация режима сна ребенка.** Имеется в виду обеспечение определенной продолжительности сна, рекомендованной для данного возраста.
- Исключение различных эмоционально возбуждающих воздействии (компьютер, просмотр телепередач, чтение или рассказывание сказок, подвижные игры и т. п.) не менее чем за 2 ч перед отходом ко сну,
- Сон в теплой комнате.
- **Важным мероприятием является определенный пищевой и питьевой режим:**
- пищевой режим при энурезе заключается в резком ограничении или полном исключении во второй половине дня (после 15-17 ч) пищи, содержащей большое количество жидкости (супы, каши, овощные и фруктовые блюда, сырые овощи и фрукты, кефир, простокваша и т. п.).
- питьевой режим состоит в ограничении любого питья позже 14 ч с полным исключением питья за 2-3 ч до ночного сна.

ЛЕЧЕНИЕ ЭНУРЕЗА

- Самовнушением в виде повторения (не менее **10 раз**) ребенком перед засыпанием формулы: «Как только я почувствую, что хочу писать, обязательно проснусь».
- В комплексном лечении невротического энуреза ведущая роль отводится психотерапии и медикаментозному лечению, направленному на смягчение и устранение эмоциональных невротических расстройств.
- В дошкольном и младшем школьном возрасте используют игровую психотерапию и различные виды психотерапии отвлечения и переключения.

ЛЕЧЕНИЕ ЭНУРЕЗА

- Большая часть детей и подростков, страдающих энурезом, должны лечиться в амбулаторных условиях.
- Научно необоснованным и вредным нужно считать принудительное пробуждение ребенка во время сна, которое прежде рекомендовалось как один из приемов лечения энуреза.
- Это вызывает нарушение сна, препятствует выработке и закреплению активного пробуждения в ответ на позыв к мочеиспусканию, способствует возникновению явлений тревожного ожидания, нарушающих засыпание у детей, склонных к невротическим расстройствам.
- Недопустимы насмешки и применение наказаний в связи с ночным недержанием мочи.
- Они способствуют появлению тревожного ожидания повторного упускания мочи, а кроме того, усиливают переживания неполноценности у ребенка.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИВЫЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

- К патологическим привычным действиям относят группу специфических для детей и подростков нарушений поведения, в основе которых лежит болезненная фиксация тех или иных произвольных действий, свойственных в той или иной степени детям раннего возраста.
- Наиболее распространенными патологическими привычными действиями являются:
 - сосание пальца;
 - кусание ногтей (онихофагия);
 - мастурбация;
 - болезненное стремление выдергивать или выщипывать волосы (трихотилломания);
 - ритмическое раскачивание головой и туловищем (яктация).

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИВЫЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ: ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

- Патологические привычные действия рассматривают в рамках невротических нарушений.
- Некоторые патологические привычные действия, например трихотилломанию и онихофагию , нередко относят к проявлениям невроза навязчивых действий.
- В зарубежной литературе патологические привычные действия иногда включают в клинически недифференцированную группу «расстройств поведения» [Nissen G., 1986].
- Патологические привычные действия условно можно рассматривать в рамках так называемых моносимптомных неврозов.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИВЫЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ: ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

- В этиологии патологических привычных действий основное значение придается хроническим психотравмирующим переживаниям, эмоциональной депривации, неправильному, чрезмерно строгому воспитанию с применением физических наказаний.
- Все эти факторы создают у ребенка состояние эмоционального напряжения, постоянной неудовлетворенности, вызывают у него противоречивые чувства к близким.
- Предполагается, что привычные действия как бы уменьшают, на время подавляют отрицательные эмоциональные переживания, что сопровождающее некоторые из таких действий чувство удовольствия способствует их фиксации.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- В клинической картине общими чертами патологических привычных действий являются:
- произвольный сознательный характер;
- возможность прекратить, их на время усилием воли;
- усиление чувства внутреннего напряжения при их подавлении;
- понимание их ребенком (начиная с конца дошкольного возраста) как отрицательных и даже вредных привычек;
- отсутствие в большинстве случаев стремления к их преодолению;
- активное сопротивление попыткам взрослых устранить привычные действия.
- Наряду с общими чертами патологические привычные действия имеют присущие каждому из них особенности.

КУСАНИЕ НОГТЕЙ (ОНИХОФАГИЯ)

- Кусание ногтей наиболее часто встречается в препубертатном возрасте.
-
- Нередко при этом обкусываются не только выступающие части ногтей, но частично и прилегающие участки кожи, что ведет к местным воспалительным явлениям.
- Иногда обкусывание ногтей сопровождается их проглатыванием.
- В большинстве случаев сочетается с другими невротическими расстройствами.

СОСАНИЕ ПАЛЬЦА ИЛИ ЯЗЫКА

- Сосание пальца или языка как патологическая привычка встречается в основном у детей раннего и дошкольного возраста, однако возможно и в младшем школьном возрасте.
- Наиболее часто наблюдается сосание большого пальца руки.
- Длительное наличие этой патологической привычки может вести к деформации прикуса.

МАСТУРБАЦИЯ

- Этим термином объединяется группа патологических привычек, имеющих разные механизмы.
- Привычное действие, составляющее основу мастурбации, заключается в раздражении половых органов руками, раздражении сжатием ног, трении о различные предметы и т. п.
- У детей раннего возраста эта привычка является результатом фиксации игрового манипулирования частями тела и в большинстве случаев не сопровождается сексуальным возбуждением.
- При невропатии мастурбация возникает в связи с повышенной общей возбудимостью [Исаев Д. Н.].
- Начиная с возраста 8-9 лет раздражение половых органов может сопровождаться половым возбуждением с выраженной вегетативной реакцией в виде гиперемии лица, повышенного потоотделения, тахикардии.

МАСТУРБАЦИЯ

- В пубертатном возрасте мастурбация начинает сопровождаться представлениями эротического характера.
- Сексуальное возбуждение и оргазм, сопровождающие механическое раздражение половых органов, способствуют закреплению патологической привычки.
- Мастурбация у детей школьного возраста и подростков нередко сопровождается чувством вины, страхом разоблачения и тревогой за предполагаемые тяжелые последствия.
- Возникновению этих переживаний способствуют запугивания детей родителями, а также наказания в связи с замеченным онанизмом.
- Конфликтные переживания, сопровождающие мастурбацию, относительно часто становятся источником вторичных невротических расстройств, а иногда способствуют невротическому формированию личности.

ЯКТАЦИЯ

- Яктация – произвольное ритмическое стереотипное раскачивание туловищем или головой, наблюдаемое преимущественно перед засыпанием или после пробуждения у детей раннего возраста.
- Как правило, раскачивание сопровождается чувством удовольствия, а попытки окружающих помешать ему вызывают недовольство и плач.

ТРИХОТИЛЛОМАНИЯ

- Трихотилломания – стремление выдергивать волосы на волосистой части головы и бровях, нередко сопровождаемое чувством удовольствия.
- Иногда сочетается с проглатыванием вырванных волос.
- Наблюдается в основном у девочек школьного возраста.
- Выдергивание волос иногда приводит к местному облысению., а их проглатывание к формированию трихобезоаров в желудке

ТРИХОТИЛЛОМАНИЯ

- У некоторых детей отмечается снижение болевой чувствительности к данному действию.
- Рудиментарные формы трихотилломании в виде особого интереса к волосам, игры с волосами, накручивания их могут наблюдаться в раннем детском возрасте.
- Трихотилломания может быть проявлением условно-рефлекторного автоматизированного действия, иметь защитный характер при наличии навязчивых опасений, а также может быть связана с патологическим извращением (мазохистическим) влечений.
- Как правило, у больных трихотилломанией отмечаются сниженный фон настроения, тревожность.

ТЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРИВЫЧНЫХ ДЕЙСТВИЙ

- Некоторые патологические привычные действия, в частности трихотилломания и онихофагия, отличаются большим упорством и склонностью к рецидивам.
- Однако в течение пубертатного возраста они в большинстве случаев постепенно исчезают даже при отсутствии лечения.
- Из всех описанных привычных действий только онихофагия может в некоторых случаях сохраняться после пубертатного возраста.

ТЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРИВЫЧНЫХ ДЕЙСТВИЙ

- Некоторые формы патологических привычных действий, например трихотилломанию и мастурбацию психогенного происхождения, следует дифференцировать от внешне сходных действий у больных шизофренией и органическими заболеваниями головного мозга.
- В этих случаях в основе привычных действий лежит патология влечений.
- Яктацию необходимо отграничивать от пароксизмов при эпилепсии в раннем детском возрасте.
- В отличие от них при яктации движения совершаются во все стороны и наблюдаются преимущественно перед сном.

ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРИВЫЧНЫХ ДЕЙСТВИЙ

- Основным методом лечения патологических привычных действий является психотерапия в различных вариантах.
- Особенно эффективны семейная психотерапия, мероприятия по коррекции воспитательного подхода к ребенку, а также другие меры, направленные на нормализацию семейного климата.
- Наряду с этим показано использование игровой психотерапии у детей дошкольного возраста, индивидуальной гипносуггестивной и рациональной психотерапии у детей школьного возраста и подростков.

ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРИВЫЧНЫХ ДЕЙСТВИЙ

- Немалая роль принадлежит лечебно-педагогическим мероприятиям.
- В резистентных к психотерапии случаях используют медикаментозное лечение.
- В профилактике патологических привычных действий имеет значение нормализация внутрисемейных взаимоотношений, более мягкое и ровное отношение к ребенку,
- Важным является удовлетворение потребности ребенка в эмоциональной теплоте, ласке, разумное использование поощрений.

СПИСОК ВОПРОСОВ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ

- 1. Дайте определение психической травмы.**
- 2. Каковы основные источники психической травмы?**
- 3. Что такое внутренний конфликт?**
- 4. Дайте определение понятию «системные неврозы».**
- 5. В чем заключаются основные проявления невротического заикания?**
- 6. Перечислите основные клинические проявления анорексии**
.
- 7. Какие главные лечебные мероприятия при энурезе?**
- 8. Перечислите патологические привычные действия в детском**