

# **Психические расстройства детского и подросткового возраста**

Подготовила: Пискунова А Е  
врач-резидент

- Важнейшую особенность детского и подросткового возраста составляет непрерывный, но вместе с тем и неравномерный процесс развития и созревания структур и функций всего организма, в том числе и центральной нервной системы. Наиболее интенсивное психическое развитие (психический онтогенез) приходится на детский и подростковый возраст, когда формируются как отдельные психические функции, так и личность в целом.



- Психическое развитие происходит в результате непосредственного контакта ребенка и подростка с окружающей средой. В связи с этим симптомы психических расстройств, возникающие при психических заболеваниях, представляют собой интегративное выражение нарушений биологического и психического (социального) созревания.

- **Возрастные кризисы?**

- Психическое развитие протекает не равномерно, поступательно, а поэтапно и скачкообразно. Отдельные этапы разграничены временными рамками, когда происходят наиболее бурные, качественные изменения в психике. Эти периоды получили название возрастных кризов.
- Различают **первый(2-4года),**
- **второй(6-8лет) детские возрастные кризы**
- **и подростковый(12-18лет) криз.**
-

- В эти периоды в связи с нарушением физиологического и психологического равновесия часто возникают различные психопатологические симптомы, т.е. нарушения психического развития. Эти нарушения могут быть вызваны как биологическими, так и средовыми факторами или их сочетаниями.



- **СИНДРОМЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, НАБЛЮДАЕМЫХ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО**
- **ВДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

- **Синдром невропатии или врожденной детской нервноности** наиболее распространен в возрасте от 0 до 3 лет, разгар клинических проявлений приходится на возраст 2 года, затем постепенно симптомы угасают, но в трансформированном виде может наблюдаться в дошкольном и младшем школьном возрасте.

- В грудном возрасте основными проявлениями невропатии выступают соматовегетативные расстройства и нарушение сна. К первым относятся нарушение функции органов пищеварения: срыгивания, рвота, запоры, поносы, снижение аппетита, гипотрофия. Вегетативные расстройства — бледность кожных покровов, неустойчивость, лабильность пульса оживленные вазомоторные реакции, повышение температуры тела, не связанное с соматическим заболеванием. Нарушение сна — недостаточная глубина и извращенная формула. Для таких детей характерна повышенная чувствительность к любым раздражителям — двигательное беспокойство, плаксивость в ответ на обычные раздражители (смена белья, изменение положения тела и т.п.).

- Имеет место патология инстинктов, прежде всего повышен инстинкт самосохранения; с этим связана плохая переносимость всего нового. Соматовегетативные расстройства усиливаются при перемене обстановки, изменении режима дня, ухода и пр. Выражена боязнь незнакомых людей и новых игрушек. В дошкольном возрасте соматовегетативные расстройства уходят на второй план, однако длительно сохраняются плохой аппетит, избирательность в еде. Часто отмечают запоры, поверхностный сон с устрашающими сновидениями. На первом плане — повышенная аффективная возбудимость, впечатлительность, склонность к страхам. На этом фоне под воздействием неблагоприятных факторов легко возникают невротические расстройства. К школьному возрасту проявления синдрома полностью исчезают. В редких случаях он трансформируется в невротические нарушения либо формируются патологические черты характера астенического типа. Нередко симптом невропатии или его компоненты предшествуют развитию шизофрении.

## ● Синдром раннего детского аутизма.

- Детский аутизм описан Каннером в 1943 г. Это редкая форма патологии — встречается у 2-х из 10 000 детей. Основные проявления синдрома — полное отсутствие потребности в контакте с окружающими. Развернутая клиника наблюдается в возрасте от 2-х до 5 лет. Некоторые проявления этого синдрома становятся заметными уже в грудном возрасте. На фоне соматовегетативных расстройств наблюдается слабая реакция на внешние раздражители, на дискомфорт, нет комплекса оживления при контакте с матерью, отсутствие чувства голода. Сон у таких детей прерывистый, поверхностный, часто наблюдается беспричинный плач.

- В раннем детстве — это дети равнодушные к близким, безразличные к их присутствию. Иногда у них как бы отсутствует способность дифференцировать одушевленные и неодушевленные предметы. Страх новизны еще более выражен, чем при невропатии. Любое изменение привычной обстановки вызывает недовольство и бурный протест с плачем. Поведение однообразное, игровая деятельность стереотипна — это простые манипуляции с предметами. От сверстников отгораживаются, участие в коллективных играх не принимают. Контакт с матерью поверхностный, привязанности к ней не проявляет, нередко развивается негативное, недоброжелательное отношение.
- **Мимика** маловыразительна, пустой взгляд. Речь иногда развивается рано, чаще задерживается в развитии. Во всех случаях плохо развита экспрессивная речь, главным образом страдает коммуникативная функция, автономная речь может быть сформирована достаточно.
- **Характерны патологические формы речи** — неологизмы, эхолалии, скандированное произношение, о себе говорят во втором и третьем лице. Моторно такие дети неуклюжи, особенно страдает тонкая моторика. Интеллектуальное развитие чаще всего снижено, но может быть и нормальным.

- **Динамика синдрома** зависит от возраста. К концу дошкольного периода соматовегетативные и инстинктивные расстройства сглаживаются, моторные нарушения редуцируются, часть детей становится более общительной. Видоизменяется игровая деятельность, она отличается особым стремлением к схематизму, формальному регистрированию объектов (составление схем, таблиц, маршрутов езды транспорта).
- В младшем школьном возрасте сохраняются приверженность рутинному образу жизни, эмоциональная холодность, замкнутость. В дальнейшем синдром или редуцируется (достаточно редко) или формируются психопатические черты характера, атипичные формы умственной отсталости, нередко шизофрения.
- .

## ● Синдром Аспергера.

- Имеют место основные клинические проявления характерные для раннего детского аутизма. При этом виде расстройства наблюдаются нормальный или даже выше среднего уровня интеллект, опережающее развитие речи (ребенок начинает говорить раньше, чем ходить), встречается преимущественно у мальчиков. Прогноз более благоприятен при синдроме Аспергера, который рассматривается как особый вариант начального этапа формирования шизоидной психопатии

## ● F84.2 Синдром Ретта

Прогрессирующее дегенеративное заболевание ЦНС предположительно генетического происхождения, встречается преимущественно у девочек, названо по имени австрийского ученого А. Rett, впервые описавшего его в 1966 г. Автор сообщил о 31 девочке с регрессией психического развития, аутистичным поведением, утратой целенаправленных движений и появлением особых стереотипных двигательных актов, «сжимания рук».

- Синдром Ретта обычно возникает у детей с нормально протекавшими беременностью, родами и развитием в течение первых месяцев жизни (иногда до 18 мес). Затем происходят остановка в развитии и катастрофический регресс всех форм психической деятельности с возникновением моторных стереотипии, аутизма и прогрессирующего моторного снижения, последующей инвалидизации и смерти

- **Клинические проявления. Течение синдрома Ретта подразделяется на стадии.**
- I стадия определяется как аутистическая. Она характеризуется остановкой в психическом развитии ребенка, снижением или исчезновением интересов к играм и окружающим людям. Длительность этой стадии несколько месяцев. Поведение ребенка в целом на этом этапе почти не отличается от того, что наблюдается при других аутистических синдромах у детей. Обращает на себя внимание понижение мышечного тонуса и замедление роста головы.
- **II стадия — «быстрого регресса» — определяется смягчающимися аутистическими расстройствами и быстро наступающим распадом речи, апраксией и общим моторным беспокойством.**

- В кистях рук появляются движения моющего и потирающего характера Больные царапают себя, жуют пальцы рук. Наблюдаются также и другие насильственные движения: дотрагивание руками до подбородка, головы, груди; нанесение кулаками ударов по щекам, подбородку, заведение рук за спину и т. п. Перечисленные движения совершаются непрерывно, реже через небольшие интервалы, насильственно, за исключением периода сна или при фиксации рук. Пропадает способность к удерживанию в руках предметов (вложенные в руки игрушки, ложка тут же выпадают). В связи с постоянными движениями потирающего характера в области II и III фаланг I и II пальцев развиваются гипертрофия мышц, мозолистые утолщения и экскориация кожных покровов IV и V пальцев рук и соответственно в области пястных костей, напротив, заметно истончение и атрофия мышц. Меняется походка детей — они широко расставляют ноги при ходьбе и двигаются покачиваясь (эти изменения характерны для атактической походки).

- Отмечаются также мышечная дистония, временами переходящая в атонию или гипертонию; легкая атрофия мышц стоп и голеней (по типу носков), синюшность кожных покровов и холодность их на ощупь, а также рекурвация в суставах, приводящая к частому спотыканию и трудностям спуска с лестницы. Движения туловища обедняются, голова втягивается в плечи. Гипертонус шейных и плечевых мышц сочетается со сколиозом и кифосколиозом. При прогрессировании описанных нарушений дети вообще теряют способность к изменению положения тела (из положения лежа не могут сесть или встать).
- На этой стадии болезни больные выглядят отгороженными от внешнего мира. Сохраняющаяся реакция слежения глазами крайне истощаема; появляются гримасничание, нахмуривание бровей, зажмуривание глаз. Выраженность аутистического отрешения изменчива и временами появляется легкая тенденция к общению, когда выявляется и определенная сохранность эмоционального отношения к родным. Но большую часть времени поведение остается однообразно-монотонным.

- **У больных на II стадии** может расстраиваться дыхание: учащенное дыхание сопровождается внезапным апноэ с напряжением мышц шеи и плечевого пояса. Иногда это состояние переходит в общее напряжение с приведением рук к телу и нередко сопровождается гортанным криком. Длительность этих состояний исчисляется секундами, после чего восстанавливается нормальное дыхание. Подобные состояния имеют тенденцию к повторению через разные промежутки времени. В некоторых случаях при подобном нарушении дыхания происходит заглатывание воздуха с развитием пневматоза кишечника. Длительность стадии «быстрого распада» — от нескольких недель до нескольких месяцев, реже лет.

- **IV стадия** — «тотального слабоумия» — в соответствии с названием характеризуется полной утратой не только речи, но и способности к ходьбе и жеванию, а также распадом других жизненных навыков. Нарастают неврологические симптомы (развиваются спинальная атрофия, спастическая ригидность, с наибольшей выраженностью в конечностях), которые на этой стадии преобладают в клинической картине. Смерть наступает в разные сроки — обычно между 12—25 года

- **Синдром Каннера**

- Возникает при сочетании наследственно-конституционального фактора с ранним органическим поражением головного мозга. В генезе синдрома определенная роль отводится также неправильному воспитанию (эмоциональная депривация).

- Синдром встречается в возрастном диапазоне от 1,5 до 15 лет, однако наиболее интенсивно он проявляется в конце дошкольного и начале школьного возраста. Основные проявления — общее двигательное беспокойство, неусидчивость, обилие лишних движений, импульсивность в поступках, нарушение концентрации активного внимания.
- Дети бегают, прыгают, не удерживаются на месте, хватают или трогают предметы, попадающие в их поле зрения. Задают много вопросов и не выслушивают ответов на них. Часто нарушают дисциплинарные требования. Перечисленные симптомы приводят к нарушению школьной адаптации при хорошем интеллекте, дети испытывают трудности в усвоении учебного материала.

- **Динамика следующая:** первые проявления в виде общего беспокойства в раннем и дошкольном возрасте, наиболее интенсивная симптоматика в 6-8 лет и 9-10 лет, двигательная расторможенность сглаживается и полностью исчезает в 14-15 лет.
- Встречается при всех психических заболеваниях детского возраста, наиболее часто при органическом поражении ЦНС. В этиологии ведущее место занимает действие экзогенного патологического фактора в перинатальном или раннем постнатальном периоде.

## Синдром страхов.

- В основе аффекта страха лежит пассивно-оборо-нительный рефлекс, в детском возрасте он недостаточно заторможен ввиду малого жизненного опыта и сравнительно легко проявляется.
- Признаками патологических страхов являются беспричинность, несоответствие интенсивности страхов силе раздражителя, длительность, склонность к генерализации, нарушение общего состояния.

● **Выделяют 5 основных групп страхов в детском возрасте:**

- навязчивые страхи,
- страхи со сверхценным содержанием,
- недифференцированные страхи,
- бредовые,
- ночные.

## ● **Навязчивые страхи**

- отличается конкретностью, простотой содержания, связаны с психотравмирующей ситуацией. Сопровождаются осознанием чуждости, болезненности, чувством внутренней несвободы и желанием их преодолеть. Содержание зависит от возраста (страх ходьбы, острых предметов, закрытых помещений, страх покраснеть, страх речи и т.п.) Встречается при неврозах и шизофрении.

- **Страхи со сверхценным содержанием**
- связаны с особым отношением к определенным объектам или предметам, которые первоначально вызвали испуг. Они носят характер приступов, сопровождаются тревогой, вегетативными расстройствами, успокаивающее действие окружающих малоэффективно. Переживания страха не осознаются как болезненные, отсутствует стремление к преодолению (страх грозы, одиночества, привидений, остановки сердца и т.п.). Встречаются при неврозах и шизофрении

## ● **Недифференцированные, бессодержательные страхи**

- — это приступы страхов с переживанием непреодолимой угрозы для жизни в сочетании с двигательным беспокойством и вегетативными расстройствами. Тематики нет; «боюсь и все». Чаще встречается в младшем возрасте при неврозах, шизофрении, органическом поражении ЦНС.

## ● **Страхи бредового содержания**

- отличаются переживанием скрытой угрозы со стороны людей, животных, неодушевленных предметов, сопровождаются подозрительностью. Тематика зависит от возраста (обыденные предметы, водопроводные краны, персонажи фильмов, тени, бандиты, наркоманы, в пубертате — ипохондрические переживания, негативное отношение к родителям). Встречается при шизофрении.

## ● **Ночные страхи**

- бывают у 2-3% детей школьного возраста — это рудименты нарушения сознания. Могут иметь сверхценное содержание, могут носить пароксизмальный характер. Встречаются при неврозах, истерии, эпилепсии.

- **Синдром патологического фантазирования -**

- — необычно стойкие, оторванные от реальности, причудливые по содержанию фантазии, сопровождающиеся нарушением поведения. Содержание фантазий зависит от возраста: 3-5 лет — стойкие игровые перевоплощения, 6-8 лет — образные патологические фантазии. Образные фантазии активно вызываются ребенком, а сам процесс вызывает чувство удовольствия. Дети представляют маленьких человечков, животных, играют с ними, путешествуют, попадают в новые города и страны. В пубертатном возрасте бывают фантазии в форме самооговоров, нередко носят детективно-приключенческий характер.

- Синдромы психических заболеваний, наблюдаемых преимущественно в подростковом возрасте

- Гебоидный синдром

Гебоидный синдром относится к группе психопатических и психопатоподобных синдромов и характеризуется болезненным заострением и искажением эмоционально-волевых особенностей личности, свойственных пубертатному возрасту (преимущественно в его первой фазе). Синдром впервые описал в 1890 г. К. Kahlbaum, который обозначил его термином «гебоидофрения» в связи с наличием при нем ряда признаков, сходных с проявлениями гебефрении.

Основными психопатологическими компонентами гебоидного синдрома являются выраженное расторможение и часто также извращение примитивных влечений, особенно сексуального, утрата или ослабление высших нравственных установок (понятий добра и зла, дозволенного и недозволенного и т. п.) со склонностью в связи с этим к асоциальным и антисоциальным поступкам; своеобразное эмоциональное приглушение с отсутствием или снижением уровня таких высших эмоций, как чувство жалости, сочувствие, сострадание; повышенная аффективная возбудимость со склонностью к агрессии; выраженный эгоцентризм со стремлением к удовлетворению низших потребностей; недоброжелательное и даже враждебное отношение к близким со стремлением делать им на зло, изводить; нелепый критицизм с особой оппозиционностью по отношению к общепринятым взглядам и нормам поведения; утрата интереса к любой продуктивной деятельности, прежде всего к учебе.

- Предвестниками синдрома, возникающими нередко еще в детском возрасте, являются расстройства влечений, особенно садистическое извращение сексуального влечения в виде желания делать назло близким, причинять боль окружающим, в том числе и детям, мучить животных, испытывая при этом удовольствие, стремление ко всему, что вызывает брезгливое отношение или отвращение у большинства людей (дети охотно берут в руки и играют с червями, пауками, роются в мусоре, отбросах), особого тяготения к различным событиям и происшествиям отрицательного характера (ссоры, драки, убийства, пожары и тд), о которых дети любят вспоминать и многократно рассказывать.

- Патология влечений может выражаться также в склонности к воровству, уходам, агрессивным поступкам с жестокостью, прожорливости. К расстройствам влечений у детей нередко присоединяются и другие компоненты гебоидного синдрома: нелепое упрямство, склонность во всем противоречить взрослым, отсутствие жалости к окружающим.

- Синдром дисморфофобии

Под дисморфофобией понимают болезненную идею мнимого или необоснованно преувеличенного физического недостатка. Первое описание дисморфофобии как «страха телесной деформации» преимущественно у лиц молодого возраста, а также сам этот термин принадлежат итальянскому психиатру Е. Morselli (цит. по П. В. Морозову, 1977). Синдром дисморфофобии наряду с болезненной идеей физического недостатка включает более или менее выраженные идеи отношения, а также пониженный или депрессивный фон настроения (М. В. Коркина, 1959, 1965).

О принадлежности синдрома к шизофрении говорят преимущественно бредовой характер дисморфофобических переживаний (бред физического недостатка, неприятного для окружающих, по Ю. С. Николаеву, 1945), утрата ими монолитности и распад структуры, тенденция к генерализации («уродливы не только нос, но и губы, и мозг не такой, и весь он не такой, как все»), появление признаков психического автоматизма («изменения» формы или функции тела и его частей осознаются как зависящие от постороннего влияния, чаще всего от влияния матери), бредовая настроенность, подозрительность, враждебность к окружающим, в частности к близким, уход в себя, недоступность, аутистическое поведение, специфические расстройства мышления, эмоциональное притупление (К. А. Новлянская, 1964).

- Синдромы односторонних сверхценных интересов и увлечений

Общим для этих синдромов, которые встречаются преимущественно в подростковом и юношеском возрасте, является наличие связанных с болезненно усиленными влечениями аффективно заряженных сверхценных интересов и увлечений, которые имеют односторонний, нередко абстрактный характер. В зависимости от характера преобладающей сверхценной деятельности могут быть выделены две основные группы таких синдромов.

В первой группе преобладает сверхценная идеаторная, интеллектуальная деятельность познавательного характера: подростки усиленно размышляют о «смысле жизни и предназначении человека», о «сознательных существах и внеземных цивилизациях во Вселенной», о «мировом сознании», пишут трактаты о «вневременной морали», занимаются «разработкой дополнений к теории относительности Эйнштейна», созданием «общей концепции воспитания» или «конструкции вечного двигателя» и т. п. Подобным сверхценным интересам и увлечениям уделяется большая часть времени, часто в ущерб учебе и досугу. Подростки забывают о еде, нередко мало спят, часами роюсь в различных энциклопедиях, справочниках, специальной или научно-популярной литературе, списывая толстые тетради многочисленными цитатами. При этом в большинстве случаев они не ощущают утомления, напротив, испытывают большое внутреннее удовлетворение. Все это говорит о важной роли болезненно повышенных влечений в происхождении описываемых сверхценных интересов и увлечений.

Вторую группу синдромов сверхценных интересов и увлечений составляют те формы, при которых ведущее положение в структуре синдрома принадлежит аффективно заряженному стремлению к той или иной конкретной деятельности, опирающемуся на болезненно усиленное влечение. Интеллектуальный, идеаторный компонент при этом представлен слабо, недостаточно разработан. Сверхценные интересы и увлечения такого типа изучены мало и описываются в единичных работах (Р. А. Наджаров, 1964; Л. Б. Дубницкий, 1977). Последний из упомянутых авторов обозначает этот тип сверхценных интересов и увлечений как «вариант метафизической интоксикации с преобладанием компонента влечений». Ввиду

Вторую группу синдромов сверхценных интересов и увлечений составляют те формы, при которых ведущее положение в структуре синдрома принадлежит аффективно заряженному стремлению к той или иной конкретной деятельности, опирающемуся на болезненно усиленное влечение. Интеллектуальный, идеаторный компонент при этом представлен слабо, недостаточно разработан. Сверхценные интересы и увлечения такого типа изучены мало и описываются в единичных работах (Р. А. Наджаров, 1964; Л. Б. Дубницкий, 1977). По-

Односторонние сверхценные интересы и увлечения, в особенности те, которые обозначаются термином «метафизическая (или философическая) интоксикация», известны сравнительно давно. Первое описание их принадлежит русскому психиатру П. А. Бутковскому, который в своем руководстве по душевным болезням, изданном в 1834 г., выделил две формы этих расстройств: «сумасбродство», для которого характерна склонность больных к пассивным размышлениям над различными трудно разрешимыми проблемами, и «суемудрие», которое проявляется в виде особой охваченности предметом размышлений и активного стремления «раскрыть тайны природы», «познать сверхъестественные явления».

# ● ЭЛЕКТИВНЫЙ МУТИЗМ

- Состояние, которое характеризуется выраженной, эмоционально обусловленной избирательностью в разговоре, так что ребенок обнаруживает свою речь достаточной в некоторых ситуациях, но оказывается не в состоянии говорить в других (определенных) ситуациях.
- Наиболее часто расстройство впервые проявляется в раннем детстве; оно встречается приблизительно с одинаковой частотой у двух полов и для него характерно сочетание с выраженными личностными особенностями, включая социальную тревожность, отгороженность, чувствительность или сопротивление.
- Типично, что ребенок говорит дома или с близкими друзьями, но молчит в школе или с незнакомыми; однако, могут встречаться и другие модели общения (включая противоположные).



ТИКИ

- Синдромы, при которых преобладающим проявлением является какая-нибудь разновидность тика.
- Тиком является произвольное, быстрое, повторяющееся, неритмичное движение (обычно вовлекающее в себя ограниченные мышечные группы) или голосовая продукция, которые начинаются внезапно и явно бесцельно.
- Тики имеют тенденцию переживаться как неодолимые, но обычно они могут быть подавлены на различные периоды времени.

- Существует огромное разнообразие в тяжести тиков. С одной стороны, феномен является почти нормой, когда у одного из пяти, десяти детей отмечаются транзиторные тики в какое-либо время.
- С другой стороны, синдром Жиль де ла Туретта относится к редкому хроническому, инвалидизирующему расстройству (Разновидность тикового расстройства, при котором есть, или имелись, множественные двигательные тики и один или более голосовых тиков, хотя они возникают не всегда одновременно. ).
- Тики существенно более часто отмечаются у мальчиков, чем у девочек, и обычна наследственная отягощенность.

- Энурез неорганической природы.

- Расстройство, характеризуемое непроизвольным упусканием мочи, днем и/или ночью, что является ненормальным по отношению к умственному возрасту ребенка; оно не является следствием отсутствия контроля за функцией мочевого пузыря, обусловленного каким-либо неврологическим нарушением или эпилептическими припадками или структурной аномалией мочевого тракта.
- Энурез может отмечаться с рождения (патологическая задержка нормального младенческого недержания или возникать вслед за периодом приобретенного контроля за мочевым пузырем. Позднее начало (или вторичное) обычно проявляется в возрасте 5-7 лет.
- Энурез может быть как моносимптоматическое состояние или может сочетаться с более широко распространенными эмоциональными или поведенческими расстройствами.
- Лечение: Ограничение жидкости на ночь, поднимать ребенка в течение ночи, антидепрессанты (амитриптилин), гипноз

- Особенности психозов в детском возрасте.

- Шизофрения с дебютом в детском возрасте отличается более злокачественным течением и преобладанием негативной симптоматики.
- Ранние дебюты чаще наблюдаются у мальчиков. Бредовые идеи и галлюцинации бывают редко.
- Преобладают расстройства двигательной сферы и поведения: кататоническая и гебефренная симптоматика, расторможенность влечений, или, наоборот пассивность и равнодушие.
- Нередко дети подбирают для игр неподходящие предметы (провода, ложки, обувь), пренебрегают игрушками. Изредка отмечаются формы заболевания, при которых предшествующее манифестации шизофрении психическое развитие происходит ускоренными темпами: дети рано начинают говорить, читать интересуются книгами, не соответствующими их возрасту.
- В пубертатном возрасте часто в дебюте шизофрении наблюдается дисморфоманический синдром и деперсонализация.



Спасибо за внимание!