**Введение**

Состояние психического здоровья детей и подростков имеет важное значение для обеспечения и поддержки устойчивого развития любого общества. На современном этапе эффективность оказания психиатрической помощи детскому населению определяется своевременностью выявления психических расстройств. Чем раньше выявляются дети с психическими расстройствами и получают соответствующую комплексную медико-психолого-педагогическую помощь, тем выше вероятность хорошей школьной адаптации и ниже риск возникновения дезадаптивного поведения.

Анализ заболеваемости психическими расстройствами у детей и подростков, показал, что ранняя диагностика данной патологии организована недостаточно. Кроме того, в нашем обществе до сих пор присутствует страх, как перед непосредственным обращением в психиатрическую службу, так и перед возможным осуждением окружающих, приводящий к активному уклонению родителей от консультации врачом-психиатром своего ребенка, даже при ее неоспоримой необходимости. Поздняя диагностика психических расстройств у детского населения и несвоевременно начатое лечение приводят к быстрому прогрессированию психических заболеваний, ранней инвалидизации пациентов. Необходимо повысить уровень знаний педиатров, неврологов, медицинских психологов в области основных клинических проявлений психических заболеваний у детей и подростков, так как при появлении каких-либо отклонений в здоровье (соматическом или психическом) ребенка его законные представители обращаются за помощью в первую очередь к данным специалистам.

Важной задачей психиатрической службы является активная профилактика нервно-психических расстройств у детей. Она должна начинаться с перинатального периода. Выявление факторов риска при сборе анамнеза у беременной женщины и ее родственников имеет очень большое значение для определения вероятности нервно-психических расстройств у новорожденных (наследственная отягощенность как соматическими, так и нервно-психическими заболеваниями в семьях, возраст мужчины и женщины на момент зачатия, наличие у них вредных привычек, особенности течения беременности и др.). Перенесенные внутриутробно плодом инфекции проявляются в постнатальном периоде перинатальной энцефалопатией гипоксически-ишимического генеза с различной степенью поражения центральной нервной системы. Как результат этого процесса может возникать синдром дефицита внимания и синдром гиперактивности.

На протяжении всей жизни ребенка существуют так называемые «критические периоды возрастной ранимости», во время которых нарушается структурное, физиологическое и психическое равновесие в организме. Именно в такие периоды, при воздействии какого-либо отрицательного агента, возрастает риск возникновения психических расстройств у детей, а также, при наличии психического заболевания, более тяжелое его течение. Первый критический период — первые недели внутриутробной жизни, второй критический период — первые 6 месяцев после рождения, далее, от 2 до 4 лет, от 7 до 8 лет, от 12 до 15 лет. Токсикозы и другие вредности, воздействующие на организм плода в первом критическом периоде, часто являются причиной тяжелых врожденных аномалий развития, включая грубые дисплазии головного мозга. Психические заболевания, такие как шизофрения, эпилепсия, возникающие в возрасте от 2 до 4 лет, отличаются злокачественным течением с быстрым распадом психики. Отмечается предпочтительность развития в определенном возрасте ребенка специфических возрастных психопатологических состояний.

**Ранние проявления психических заболеваний у детей и подростков**

**Невропатия**

Невропатия — это синдром врожденной детской «нервности», возникающий до трехлетнего возраста. Первые проявления данного синдрома можно диагностировать уже в грудном возрасте в виде соматовегетативных расстройств: инверсии сна (сонливость днем и частые пробуждения и беспокойство в ночное время), частых срыгиваний, колебаний температуры до субфебрильной, гипергидроза. Отмечается частый и длительный плач, усиление капризности и плаксивости при любой перемене обстановки, изменении режима, условий ухода, помещении ребенка в детские учреждение. Довольно распространенным симптомом является так называемое «закатывание», когда на психогенный раздражитель возникает реакция недовольства, связанная с обидой и сопровождаемая криком, что приводит к аффективно-респираторному приступу: на высоте выдоха возникает тоническое напряжение мышц гортани, происходит остановка дыхания, лицо бледнеет, затем проявляется акроцианоз. Длительность данного состояния — несколько десятков секунд, заканчивается глубоким вдохом.

У детей с невропатией часто встречается повышенная склонность к аллергическим реакциям, инфекционным и простудным заболеваниям. При сохранении невропатических проявлений в дошкольном возрасте под влиянием неблагоприятных ситуативных воздействий, инфекций, травм и т.д. легко возникают различные моносимптомные невротические и неврозоподобные расстройства: ночной энурез, энкопрез, тики, заикание, ночные страхи, невротические расстройства аппетита (анорексия), патологические привычные действия. Синдром невропатии относительно часто входит в структуру резидуально-органических нервно-психических расстройств, возникающих в результате внутриутробных и перинатальных органических поражений головного мозга, сопровождается неврологической симптоматикой, повышением внутричерепного давления и, нередко, задержкой психомоторного и речевого развития.

**Гиперкинетические расстройства.**

Гиперкинетические расстройства (гипердинамический синдром) или синдром психомоторной расторможенности возникает преимущественно в возрасте от 3 до 7 лет и проявляется чрезмерной подвижностью, неусидчивостью, суетливостью, несобранностью, приводящими к нарушению адаптации, неустойчивостью внимания, отвлекаемостью. Данный синдром встречается в несколько раз чаще у мальчиков, чем у девочек.

Первые признаки синдрома проявляются в дошкольном возрасте, однако до поступления в школу их порой бывает трудно распознать вследствие разнообразных вариантов нормы. Поведение детей при этом характеризуется стремлением к постоянным движениям, они бегают, прыгают, то ненадолго садятся, то вскакивают, трогают и хватают предметы, попадающие в поле зрения, задают много вопросов, часто не слушая ответов на них. В связи с повышенной двигательной активностью и общей возбудимостью дети легко вступают в конфликты со сверстниками, часто нарушают режим детских учреждений, слабо усваивают школьную программу. Гипердинамический синдром до 90% встречается при последствиях раннего органического поражения головного мозга (патология внутриутробного развития, родовая травма, асфиксия при рождении, недоношенность, менингоэнцефалиты в первые годы жизни), сопровождается рассеянной неврологической симптоматикой и, в некоторых случаях, отставанием в интеллектуальном развитии.

**Патологические привычные действия**.

Наиболее распространенными патологическими привычными действиями у детей являются сосание пальца, кусание ногтей, онанизм, стремление выдергивать или выщипывать волосы, ритмическое раскачивание головой и туловищем. Общими чертами патологических привычек являются произвольный характер, возможность прекратить их на время усилием воли, понимание ребенком (начиная с конца дошкольного возраста) как отрицательных и даже вредных привычек при отсутствии в большинстве случаев стремления к их преодолению и даже активном сопротивлении попыткам взрослых устранить их.

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

Яктация — произвольное ритмичное стереотипное раскачивание туловищем или головой, наблюдается преимущественно перед засыпанием или при пробуждении у детей раннего возраста. Как правило, раскачивание сопровождается чувством удовольствия, а попытки окружающих помешать ему вызывают недовольство и плач.

Кусание ногтей (онихофагия) наиболее часто встречается в пубертатном возрасте. Нередко при этом обкусываются не только выступающие части ногтей, но частично прилегающие участки кожи, что ведет к местным воспалительным явлениям.

Онанизм (мастурбация) заключается в раздражении половых органов руками, сжатием ног, трением о различные предметы. У детей раннего возраста эта привычка является результатом фиксации игрового манипулирования частями тела и часто не сопровождается сексуальным возбуждением. При невропатии мастурбация возникает в связи с повышенной общей возбудимостью. Начиная с возраста 8-9 лет раздражение половых органов может сопровождаться половым возбуждением с выраженной вегетативной реакцией в виде гиперемии лица, повышенного потоотделения, тахикардии. Наконец, в пубертатном возрасте мастурбация начинает сопровождаться представлениями эротического характера. Сексуальное возбуждение и оргазм способствуют закреплению патологической привычки.

Трихотилломания — стремление выдергивать волосы на волосистой части головы и бровях, нередко сопровождаемое чувством удовольствия. Наблюдается в основном у девочек школьного возраста. Выдергивание волос иногда приводит к местному облысению.

**Детские страхи.**

Относительная легкость возникновения страхов — характерная особенность детского возраста. Страхи под влиянием различных внешних, ситуационных воздействий возникают тем легче, чем меньше возраст ребенка. У детей раннего возраста страх может быть вызван любым новым, внезапно появившимся объектом. В связи с этим важную, хотя не всегда легкую задачу представляет отграничение «нормальных», психологических страхов от страхов, имеющих патологический характер. Признаками патологических страхов считаются их беспричинность или явное несоответствие выраженности страхов интенсивности вызвавшего их воздействия, длительность существования страхов, нарушение общего состояния ребенка (сна, аппетита, физического самочувствия) и поведения ребенка под влиянием страхов.

Все страхи можно разделить на три основных группы: навязчивые страхи; страхи со сверхценным содержанием; страхи бредового характера. Навязчивые страхи у детей отличаются конкретностью содержания, более или менее отчетливой связью с содержанием психотравмирующей ситуации. Чаще всего это страхи заражения, загрязнения, острых предметов (иголок), закрытых помещений, транспорта, страх смерти, страх устных ответов в школе, страх речи у заикающихся и т.д. Навязчивые страхи осознаются детьми как «лишние», чуждые, они борются с ними.

К страхам сверхценного содержания дети не относятся как к чужим, болезненным, убеждены в их существовании, не пытаются их преодолеть. Среди этих страхов у детей дошкольного и младшего школьного возраста преобладают страхи темноты, одиночества, животных (собак), страх школы, страх неуспеваемости, наказания за нарушение дисциплины, страх перед строгим учителем. Страх школы может быть причиной упорных отказов от ее посещения и явлений школьной дезадаптации.

Страхи бредового содержания отличаются переживанием скрытой угрозы как со стороны людей и животных, так и со стороны неодушевленных объектов и явлений, сопровождаются постоянной тревогой, настороженностью, боязливостью, подозрительностью к окружающим. Дети младшего возраста боятся одиночества, теней, шума, воды, разнообразных обыденных предметов (водопроводных кранов, электрических ламп), незнакомых людей, персонажей из детских книг, сказок. Ко всем этим объектам и явлениям ребенок относится как к враждебным, угрожающим его благополучию. Дети прячутся от реальных или воображаемых объектов. Бредовые страхи возникают вне психотравмирующей ситуации.

**Патологическое фантазирование.**

Возникновение патологического фантазирования у детей и подростков связано с наличием у них болезненно измененного творческого воображения (фантазирования). В отличие от подвижных, быстро меняющихся, тесно связанных с реальностью фантазий здорового ребенка патологические фантазии стойкие, нередко оторваны от реальности, причудливы по содержанию, часто сопровождаются нарушениями поведения, адаптации и проявляются в различных формах. Наиболее ранней формой патологического фантазирования является игровое перевоплощение. Ребенок на время, иногда надолго (от нескольких часов до нескольких дней), перевоплощается в животное (волк, заяц, лошадь, собака), персонаж из сказки, выдуманное фантастическое существо, неодушевленный объект. Поведение ребенка имитирует облик и действия данного объекта.

Другую форму патологической игровой деятельности представляют однообразные стереотипные манипуляции с предметами, не имеющими игрового значения: бутылками, кастрюлями, гайками, веревочками и т.п. Такие «игры» сопровождаются охваченностью, трудностью переключения, недовольством и раздражением ребенка при попытке оторвать его от этой деятельности.

У детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста патологическое фантазирование обычно приобретает форму образного фантазирования. Дети ярко представляют животных, человечков, детей, с которыми мысленно играют, наделяют их именами или прозвищами, путешествуют вместе с ними, попадая в незнакомые  страны, красивые города, на другие планеты. У мальчиков фантазии часто связаны с военной тематикой: представляются сцены сражений, войска. Воины в красочных одеждах древних римлян, в доспехах средневековых рыцарей. Иногда (преимущественно в препубертатном и пубертатном возрасте) фантазии имеют садистическое содержание: представляются стихийные бедствия, пожары, сцены насилия, казней, пыток, убийств и т.п.

Патологическое фантазирование у подростков может выступать в форме самооговоров и оговоров. Чаще это детективно-приключенческие самооговоры мальчиков-подростков, которые рассказывают о мнимом участии в ограблениях, вооруженных нападениях, угонах автомашин, принадлежности к шпионским организациям. Для доказательства истинности всех этих историй подростки пишут измененным почерком и подкладывают близким и знакомым записки якобы от главарей банд, в которых содержатся всевозможные требования, угрозы, нецензурные выражения. У девочек-подростков встречаются оговоры в изнасиловании. Как при самооговорах, так и оговорах подростки временами почти верят в реальность своих фантазий. Это обстоятельство, а также красочность и эмоциональность сообщений о вымышленных событиях часто убеждают окружающих в их правдивости, в связи с чем, начинаются расследования, обращения в милицию т.п. Патологическое фантазирование наблюдается при различных психических заболеваниях.

**Неврозы органов** (системные неврозы). К неврозам органов относятся невротическое заикание, невротические тики, невротический энурез и энкопрез.

*Невротическое заикание*. Заиканием называют нарушение ритма, темпа и плавности речи, связанное с судорогами мышц, участвующих в речевом акте. Причинами возникновения невротического заикания могут быть как острые и подострые психические травмы (испуг, внезапно возникающее волнение, разлука с родителями, изменение привычного жизненного стереотипа, например, помещение ребенка в дошкольное детское учреждение), так и длительные психотравмирующие ситуации (конфликтные отношения в семье, неправильное воспитание). Способствующими внутренними факторами является семейная отягощенность патологией речи, прежде всего заиканием. Важное значение в происхождении заикания принадлежит также ряду внешних факторов, особенно неблагополучному «речевому климату» в виде перегрузки информацией, попыток форсировать темп речевого развития ребенка, резкой сменой требований к его речевой деятельности, двуязычия в семье, чрезмерной требовательности родителей к речи ребенка. Как правило, усиление заикания происходит в условиях эмоционального напряжения, волнения, усиления ответственности, а также при необходимости вступать в контакт с незнакомыми людьми. В то же время, в привычной домашней обстановке, при разговоре с друзьями заикание может становиться менее заметным. Невротическое заикание почти всегда сочетается с другими невротическими расстройствами: страхами, колебаниями настроения, расстройствами сна, тиками, энурезом, которые нередко предшествуют возникновению заикания.

*Невротические тики.* Невротическими тиками называют разнообразные автоматические привычные элементарные движения: мигание, наморщивание лба, облизывание губ, подергивания головой, плечами, подкашливание, «хмыкание» и т.д.). В этиологии невротических тиков роль причинных факторов играют длительные психотравмирующие ситуации, острые психические травмы, сопровождающиеся испугом, местное раздражение (коньюктивы, дыхательных путей, кожи и т.д.), вызывающие защитную рефлекторную двигательную реакцию, а также подражание тикам у кого-либо из окружающих. Тики обычно возникают по типу непосредственной или несколько отставленной во времени от действия психотравмирующего фактора невротической реакции. Чаще такая реакция фиксируется, появляется тенденция к возникновению тиков иной локализации, присоединяются другие невротические проявления: неустойчивость настроения, плаксивость, раздражительность, эпизодические страхи, нарушения сна, астенические симптомы.

*Невротический энурез.* Термином «энурез» обозначают состояние неосознанного упускания мочи, преимущественно во время ночного сна. К невротическому энурезу относятся 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, связанным с возрастной незрелостью механизмов регуляции мочеиспускания и отсутствием упроченного навыка удерживать мочу.

В зависимости от времени возникновения энуреза его подразделяют на «первичный» и «вторичный». При первичном энурезе недержание мочи отмечается с раннего детства без промежутков периода сформированного навыка опрятности, характеризующегося способностью не удерживать мочу не только во время бодрствования, но и во время сна. Первичный энурез (дизонтогенетический), в генезе которого, играет роль задержка созревания систем регуляции мочеиспускания часто имеет семейно-наследственный характер. Вторичный энурез возникает после более или менее длительного — не менее 1 года периода наличия навыка опрятности. Невротический энурез всегда является вторичным. Клиника 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, например, в случае разрыва родителей, после очередного скандала, в связи с физическим наказанием и т.п. С другой стороны, временное изъятие ребенка из психотравмирующей ситуации часто сопровождается заметным урежением или прекращением энуреза. В связи с тем, что возникновению невротического энуреза способствуют такие черты характера как тормозимость, робость, тревожность, боязливость, впечатлительность, неуверенность в себе, пониженная самооценка, дети с невротическим энурезом сравнительно рано, уже в дошкольном и в младшем школьном возрасте, начинают болезненно переживать свой недостаток, стесняются его, у них появляется чувство неполноценности, а также тревожное ожидание нового упускания мочи. Последнее нередко ведет к нарушению засыпания и тревожному ночному сну, который, однако, не обеспечивает своевременного пробуждения ребенка при возникновении позыва к мочеиспусканию во время сна. Невротический энурез никогда не является единственным невротическим расстройством, всегда сочетается с другими невротическими проявлениями, такими как эмоциональная лабильность, раздражительность, плаксивость, капризность, тики, страхи, нарушения сна и др.

Необходимо отличать невротический энурез от неврозоподобного. Неврозоподобный энурез возникает в связи с перенесенными церебрально-органическими или общесоматическими заболеваниями, характеризуется большей монотонностью течения, отсутствием четкой зависимости от изменений ситуации при выраженной зависимости от соматических заболеваний, частым сочетанием с церебрастеническими, психоорганическими проявлениями, очаговыми неврологическими и диэнцефально-вегетативными расстройствами, наличием органических изменений ЭЭГ и признаков гидроцефалии на рентгенограмме черепа. При неврозоподобном энурезе реакция личности на недержание мочи часто отсутствует вплоть до пубертатного возраста. Дети долго не обращают внимания на свой дефект, не стыдятся его, несмотря на естественное неудобство.

Невротический энурез следует также 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. Кроме того, наблюдаются проявления протестующего поведения, недовольства обстановкой, реакции негативизма.

*Невротический энкопрез*. Энкопрезом называют непроизвольное выделение испражнений, возникающее при отсутствии аномалий и заболеваний нижнего отдела кишечника или сфинктера анального отверствия. Заболевание встречается примерно в 10 раз реже энуреза. Причиной возникновения энкопреза являются в большинстве случаев хронические психотравмирующие ситуации в семье, чрезмерно строгие требования родителей к ребенку. Способствующими факторами «почвы» могут быть невропатические состояния и резидуально-органическая церебральная недостаточность.

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

**Невротические расстройства сна.**

Физиологически необходимая продолжительность сна значительно меняется с возрастом от 16-18 часов в сутки у ребенка первого года жизни до 10-11 часов — в возрасте 7-10 лет и 8-9 часов — у подростков 14-16 лет. Кроме того, с возрастом происходит сдвиг сна в сторону преимущественно ночного времени, в связи с чем большая часть детей старше 7 лет не испытывает желания спать в дневные часы.

Для установления наличия расстройства сна имеет значение не столько его продолжительность, сколько глубина, определяемая по быстроте пробуждения под влиянием внешних раздражителей, а также длительность периода засыпания. 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.д.

Клиника невротических расстройств сна характеризуется нарушением засыпания, расстройствами глубины сна с ночными пробуждениями, ночными страхами, а также снохождением и сноговорением. Нарушение засыпания выражается в замедленном переходе от бодрствования ко сну. Засыпание может длиться до 1-2 часов и нередко сочетается с различными страхами и опасениями (боязнь темноты, страх задохнуться во сне и т.д.), патологическими привычными действиями (сосание пальца, накручивание волос, мастурбация), навязчивыми действиями типа элементарных ритуалов (многократное пожелание спокойной ночи, укладывание в постель определенных игрушек и те или иные действия с ними и т.п.). Нередкими проявлениями невротических расстройств сна являются снохождения и сноговорения. Как правило, в этом случае они связаны с содержанием сновидений, отражают отдельные психотравмирующие переживания.

Ночные пробуждения невротического происхождения, в отличие от эпилептических, лишены внезапности возникновения и прекращения, значительно более длительны, не сопровождаются отчетливым изменением сознания.

**Невротические расстройства аппетита (анорексия).**

Эта группа 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 ребенка с матерью, помещение в детское учреждение, неровный воспитательный подход, физические наказания, недостаточное внимание к ребенку. Непосредственным поводом к возникновению первичной невротической анорексии часто является попытка матери насильно накормить ребенка при отказе его от еды, перекармливание, случайное совпадение кормления с каким-либо неприятным впечатлением (резкий окрик, испуг, ссора взрослых и т.д.). Наиболее важным способствующим внутренним фактором является невропатическое состояние (врожденное или приобретенное), которому свойственна резко повышенная вегетативная возбудимость и неустойчивость вегетативной регуляции. Помимо этого, определенная роль принадлежит соматической ослабленности. Из внешних факторов имеет значение чрезмерная тревожность родителей в отношении состояния питания ребенка и процесса его кормления, применение уговоров, рассказов и других отвлекающих от еды моментов, а также неправильное воспитание с удовлетворением всех прихотей и капризов ребенка, ведущее к его чрезмерной избалованности.

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 ест, 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 невротической реакции может быть непродолжительным, не превышая 2-3 недели. Вместе с тем у детей с невропатическими состояниями, а также избалованных в условиях неправильного воспитания, невротическая анорексия может приобретать затяжное течение с длительным упорным отказом от еды. В этих случаях возможно снижение массы тела.

**Психическое недоразвитие**.

Признаки умственной отсталости проявляются уже на 2-3году жизни, длительно отсутствует фразовая речь, медленно вырабатываются навыки опрятности и самообслуживания. Дети нелюбознательны, мало интересуются окружающими предметами, игры носят однообразный характер, в игре отсутствует живость.

В дошкольном возрасте обращает на себя внимание слабое развитие навыков самообслуживания, фразовая речь отличается бедностью словарного запаса, отсутствием развернутых фраз, невозможностью связного описания сюжетных картинок, имеется недостаточный запас бытовых сведений. Контакт со сверстниками сопровождается непониманием их интересов, смысла и правил игр, слабым развитием и недифференцированностью высших эмоций (сочувствие, жалость т.д.).

В младшем школьном возрасте отмечается невозможность понимания и усвоения программы начальных классов массовой школы, недостаточность основных житейских знаний (домашнего адреса, профессии родителей, времен года, дней недели и т.п.), неспособность понимать переносный смысл пословиц. В диагностике данного психического расстройства могут помочь воспитатели детских садов и школьные педагоги.

**Психический инфантилизм.**

Психический инфантилизм — это задержанное развитие психических функций ребенка с преимущественным отставанием в эмоционально-волевой сфере (личностная незрелость). Эмоционально-волевая незрелость выражается в несамостоятельности, повышенной внушаемости, стремлении к получению удовольствия как основной мотивации поведения, преобладании игровых интересов в школьном возрасте, беспечности, незрелости чувства долга и ответственности, слабой способности подчинять свое поведение требованиям коллектива, школы, неумении сдерживать непосредственные проявления чувств, неспособность к волевому напряжению, к преодолению трудностей.

Характерна также незрелость психомоторики, проявляющаяся в недостаточности тонких движений рук, затруднении выработки двигательных школьных (рисование, письмо) и трудовых навыков. В основе перечисленных нарушений психомоторики лежит относительное преобладание активности экстрапирамидной системы над пирамидной в связи с ее незрелостью. Отмечается интеллектуальная недостаточность: преобладание конкретно-образного типа мышления, повышенная истощаемость внимания, некоторое снижение памяти.

Социально-педагогическими последствиями психического инфантилизма становятся недостаточная «школьная зрелость», отсутствие интереса к учебе, неуспеваемость в школе.

**Нарушения школьных навыков**.

Нарушения школьных навыков характерны для детей младшего школьного возраста (6-8 лет). Нарушения выработки навыка чтения (дизлексия) проявляется в неузнавании букв, затруднении или невозможности соотношения изображения букв соответствующим звукам, замене одних звуков другими при чтении. Кроме того, отмечается замедленный или ускоренный темп чтения, перестановка букв, проглатывание слогов, неверная расстановка ударений во время чтения.

Расстройство формирования навыка письма (дисграфия) выражается в нарушениях соотнесения звуков устной речи с их написанием, грубых расстройствах самостоятельного письма под диктовку и при изложении: отмечается замена букв, соответствующих сходным по произношению звукам, пропуски букв и слогов, их перестановка, расчленение слов и слитное написание двух или более слов, замена графически похожих букв, зеркальное написание букв, нечеткое написание букв, соскальзывание со строки.

Нарушение формирования навыка счета (дискалькулия) проявляется в особых трудностях образования понятия числа и понимания структуры чисел. Особые трудности вызывают цифровые операции, связанные с переходом через десяток. Затруднено написание многозначных чисел. Часто отмечается зеркальное написание цифр и цифровых сочетаний (21 вместо 12). Часто имеются нарушения понимания пространственных отношений (дети путают правую и левую сторону), взаимное расположение предметов (спереди, сзади, над, под и т.д.).

**Сниженный фон настроения — депрессия**.

У детей раннего и дошкольного возраста депрессивные состояния проявляются в форме соматовегетативных и двигательных нарушениях. Наиболее атипичны проявления депрессивных состояний у детей раннего возраста (до 3 лет), они возникают при длительной разлуке ребенка с матерью и выражаются общей вялостью, приступами плача, двигательным беспокойством, отказом от игровой деятельности, нарушениями ритма сна и бодрствования, утратой аппетита, похуданием, склонностью к простудным и инфекционным заболеваниям.

В дошкольном возрасте кроме расстройств сна, аппетита, наблюдается энурез, энкопрез, депрессивные расстройства в психомоторике: дети имеют страдальческое выражение лица, ходят опустив голову, волочя ноги, не двигая руками, говорят тихим голосом, могут наблюдаться неприятные ощущения или боли в разных частях тела. У детей младшего школьного возраста на первый план при депрессивных состояниях выступают изменения поведения: пассивность, вялость, замкнутость, безразличие, потеря интереса к игрушкам, затруднения в учебе в связи с нарушением внимания, медленным усвоением учебного материала. У некоторых детей, особенно у мальчиков, преобладает раздражительность, обидчивость, склонность к агрессии, а также уходы из школы и дома. В ряде случаев может быть возобновление патологических привычек, свойственных более младшему возрасту: сосание пальцев, кусание ногтей, выдергивание волос, мастурбация.

В препубертатном возрасте появляется более отчетливый депрессивный аффект в виде подавленного, тоскливого настроения, своеобразное чувство малоценности, идеи самоуничижения и самообвинения. Дети говорят: « Я неспособный. Я самый слабый среди ребят в классе». Впервые возникают суицидальные мысли («Зачем мне такой жить?», «Кому я такая нужна?»). В пубертатном возрасте депрессия проявляется свойственной ей триадой признаков: подавленное настроение, интеллектуальная и моторная заторможенность. Большое место занимают соматовегетативные проявления: расстройства сна, снижение аппетита. запоры, жалобы на головные боли, боли в различных частых тела.

Дети опасаются за свое здоровье и жизнь, становятся тревожными, фиксированы на соматических нарушениях, со страхом спрашивают у родителей, не может ли остановиться сердце, не задохнутся ли они во сне и т.д. В связи с упорными соматическими жалобами (соматизированные, «маскированные» депрессии) дети проходят многочисленные функциональные и лабораторные обследования, осмотры узких специалистов для выявления какого-либо соматического заболевания. Результаты обследования оказываются отрицательными. В этом возрасте на фоне сниженного настроения у подростков появляется интерес к алкоголю, наркотикам, они примыкают к компаниям подростков- правонарушителей, склонны к суицидальным попыткам и самоповреждениям. Депрессии у детей развиваются при тяжелых психотравмирующих ситуациях, при шизофрении.

**Уходы и бродяжничество.**

Уходы и бродяжничество выражаются в повторяющихся уходах из дома или школы, интерната или другого детского учреждения с последующим бродяжничеством, нередко многодневным. Преимущественно наблюдаются у мальчиков. У детей и подростков уходы могут быть связаны с переживанием обиды, ущемленного самолюбия, представляя собой реакцию пассивного протеста, либо со страхом перед наказанием или тревогой по поводу какого-либо проступка. При психическом инфантилизме наблюдаются преимущественно уходы из школы и прогулы, обусловленные боязнью трудностей, связанных с учебой. Побеги у подростков с истероидными чертами характера связаны со стремлением привлечь к себе внимание родственников, вызвать жалость и сочувствие (демонстративные побеги). Другим типом мотивации начальных уходов является «сенсорная жажда», т.е. потребность в новых, постоянно меняющихся впечатлениях, а также стремление к развлечениям.

Уходы могут быть «безмотивными», импульсивными, с неодолимым стремлением убежать. Их называют дромомании. Дети и подростки убегают вдвоем или небольшой группой, могут уезжать в другие города, ночевать в подъездах, на чердаках, подвалах, как правило, домой самостоятельно не возвращаются. Их приводят сотрудники милиции, родственники, посторонние лица. Дети подолгу не испытывают усталости, голода, жажды, что свидетельствует о наличии у них патологии влечений. Уходы и бродяжничество нарушают социальную адаптацию детей, снижают школьную успеваемость, приводят к различным формам асоциального поведения (хулиганство, воровство, алкоголизация, токсикомания, наркомания, ранние сексуальные связи).

**Болезненное отношение к мнимому физическому недостатку (дисморфофобия).**

Болезненная идея мнимого или необоснованно преувеличенного физического недостатка в 80% случаев приходится на пубертатный возраст, чаще возникает у девочек-подростков. Сами идеи физического недостатка могут выражаться в виде мыслей о дефектах лица (длинный, уродливый нос, большой рот, толстые губы, оттопыренные уши), телосложения (чрезмерная полнота или худоба, узкие плечи и малый рост у мальчиков), недостаточном половом развитии (маленький, «искривленный» половой член) или чрезмерном половом развитии (крупные молочные железы у девочек).

Особой разновидностью дисморфофобических переживаний является недостаточность тех или иных функций: опасение не удержать кишечные газы в присутствии посторонних, боязнь неприятного запаха изо рта или запаха пота и т.п. Выше описанные переживания влияют на поведение подростков, которые начинают избегать людных мест, друзей и знакомых, стараются гулять только с наступлением темноты, меняют одежду и прическу. Более стеничные подростки пытаются разрабатывать и длительно использовать различные приемы самолечения, специальные физические упражнения, упорно обращаются к косметологам, хирургам и другим специалистам с требованием пластической операции, особого лечения, например, гормонами роста, препаратами, снижающими аппетит. Подростки часто разглядывают себя в зеркале («симптом зеркала»), а также отказываются фотографироваться. Эпизодические, преходящие дисморфофобические переживания, связанные с предвзятым отношением к реальным незначительным физическим недостаткам, встречаются в пубертатном возрасте в норме. Но если они имеют выраженный, стойкий, нередко, нелепый вычурный характер, определяют поведение, нарушают социальную адаптацию подростка, базируются на сниженном фоне настроения, то это уже болезненные переживания, требующие помощи психотерапевта, психиатра.

**Нервная анорексия**.

Нервная анорексия характеризуется преднамеренным чрезвычайно упорным стремлением к качественному и/или количественному отказу от пиши и снижению массы тела. Значительно чаще встречается у девочек-подростков и молодых женщин, намного реже – у юношей и детей. Ведущий симптом — убежденность в избыточной массе тела и стремление к исправлению этого физического «недостатка». На первых этапах состояния аппетит длительно сохраняется, а воздержание от еды эпизодически прерывается приступами переедания (нервной булимией). Затем закрепленный привычный характер переедания чередуется с рвотами, приводящими к соматическим осложнениям. Подростки стремятся к приему пищи в одиночестве, стараются незаметно избавиться от нее, тщательно изучают калорийность продуктов.

Борьба с весом происходит различными дополнительными способами: изнурительные занятия физическими упражнениями; прием слабительных средств, клизмы; регулярное искусственное вызывание рвоты. Чувство постоянного голода может привести к гиперкомпенсаторным формам поведения: закармливание младших братьев и сестер, повышенный интерес к приготовлению различных кушаний, а также к появлению раздражительности, повышенной возбудимости, снижению фона настроения. Постепенно появляются и нарастают признаки соматоэндокринных нарушений: исчезновение подкожно-жировой клетчатки, олиго-, затем аменорея, дистрофические изменения со стороны внутренних органов, выпадение волос, изменение биохимических показателей крови.

**Синдром раннего детского аутизма.**

Синдром раннего детского аутизма – это группа синдромов разного происхождения (внутриутробное и перинатальное органическое поражение головного мозга- инфекционное, травматическое, токсическое, смешанное; наследственно-конституциональное), наблюдаемых у детей раннего, дошкольного и младшего школьного возраста в рамках разных нозологических форм. Наиболее отчетливо синдром раннего детского аутизма проявляется от 2 до 5 лет, хотя отдельные признаки его отмечаются и в более раннем возрасте. Так, уже у грудных детей наблюдается отсутствие свойственного здоровым детям «комплекса оживления» при контакте с матерью , у них не появляется улыбка при виде родителей, иногда отмечается отсутствие ориентировочной реакции на внешние раздражители, что может приниматься за дефект органов чувств. У детей отмечаются нарушения сна (прерывистость сна, затруднение при засыпании), стойкие расстройства аппетита с его снижением и особой избирательностью, отсутствие чувства голода. Наблюдается страх новизны. Любое изменение привычной обстановки, например, в связи с перестановкой мебели, появлением новой вещи, новой игрушки, часто вызывает недовольство или даже бурный протест с плачем. Сходная реакция возникает при изменении порядка или времени кормления, прогулок, умывания и других моментов повседневного режима.

Поведение детей с данным синдромом однообразно. Они могут часами совершать одни и те же действия, отдаленно напоминающие игру: наливать в посуду и выливать из нее воду, перебирать бумажки, спичечные коробки, банки, веревочки, расставлять их в определенном порядке, не разрешая никому убирать их. Эти манипуляции, как и повышенный интерес к тем или иным предметам, не имеющим обычно игрового назначения, являются выражением особой одержимости, в происхождении которой очевидна роль патологии влечений. Дети с синдромом аутизма активно стремятся к одиночеству, чувствуя себя лучше, когда их оставляют одних. Типичны нарушения психомоторики, проявляющиеся в общей моторной недостаточности, неуклюжей походке, стереотипиями в движениях, потряхиванием, вращением кистями рук, подпрыгиваниями, вращением вокруг своей оси, ходьбы и бега на цыпочках. Как правило, имеет место значительная задержка формирования элементарных навыков самообслуживания (самостоятельная еда, умывание, одевание и т.д.).

Мимика ребенка бедная, маловыразительная, характерен «пустой, ничего не выражающий взгляд», а также взгляд как бы мимо или «сквозь» собеседника. В речи присутствуют эхолалии ( повторение услышанного слова), вычурные слова, неологизмы, протяжная интонация, применение в отношении самих себя местоимений и глаголов во 2-м и 3-м лице. У части детей наблюдается полный отказ от общения. Уровень развития интеллекта разный: нормальный, превышающий среднюю норму, может наблюдаться отставание в умственном развитии. Синдромы раннего детского аутизма имеют разную нозологическую принадлежность. Часть ученых относят  их к манифестации шизофренического процесса, другие – к последствиям раннего органического поражения головного мозга, атипичным формам умственной отсталости.

**Заключение**

Постановка клинического диагноза в детской психиатрии основывается не только на жалобах, исходящих от родителей, опекунов и самих детей, сбора анамнеза жизни пациента, но и наблюдении за поведением ребенка, анализе его внешнего вида. Беседуя с родителями (другими законными представителями) ребенка необходимо обращать внимание на выражение лица, мимику пациента, реакцию его на ваш осмотр, желание общаться, продуктивность контакта, способность осмысливать услышанное, выполнять задаваемые инструкции, объем словарного запаса, чистоту произношения звуков, развитие мелкой моторики, излишнюю подвижность или заторможенность, медлительность, неловкость в движениях, реакцию на мать, игрушки, присутствующих детей, желание общаться с ними, умение одеться, принимать пищу, развитие навыков опрятности и т.д. При выявлении признаков психического расстройства у ребенка или подростка следует рекомендовать родителем или опекунам обратиться за консультацией к детскому психотерапевту, детскому психиатру или психиатрам областных больниц сельских территорий.