МОСКОВСКАЯ ОТКРЫТАЯ СОЦИАЛЬНАЯ АКАДЕМИЯ

Коррекционно-педагогический факультет

Контрольная работа

к курсу «Психопатология»

«Психические расстройства и заболевания»

Выполнил:

Группа

Регистр. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Менеджер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проверил

Оценка

Москва, 2009 г.

**Содержание**

Введение

Синдромы расстройства сознания – синдром оглушенности, синдром дерилия, синдром аменции, синдром онейроидный, сумеречный синдром.

Астенический синдром

Гипертензионный синдром

Синдром ранней детской невропатии

Синдром двигательной расторможенности

Синдром уходов из дома и бродяжничества

Судорожный синдром (эписиндром)

Синдром раннего детского аутизма

Психопатоподобный синдром

Абстинентный синдром

Психозы.

Эпилепсия.

Шизофрения.

Маниакально-депрессивный психоз

Неврозы (неврастения, истерия, невроз навязчивых состояний).

Психопатия

Заключение

Список литературы

**Введение**

В определенных возрастах, судя по статистическим данным, дети чаще заболевают нервно-психическими расстройствами. Эти возрасты суть кризисы развития психики. Возрастные кризисы встречаются в момент смены одного возрастного периода другим. Они могут происходить достаточно бурно, сопровождаться трудностями и эмоциональными переживаниями, сопутствующими возникновению качественных перемен в жизнедеятельности человека. Сущность этих кризисов — переход количества в новое качество: происходящие изменения в психических и личностных образованиях порождают новое качество. Этот переход может происходить резко, скачкообразно, что затрудняет благополучное его завершение. Основной трудностью детства является несамостоятельность, зависимость от взрослых. Трудности подросткового возраста — противоречие между потребностью быть взрослым, происходящим самоопределением, формирующейся концепцией взрослого «Я» и несоответствующими им потенциалами подростка. Типичные психологические кризисы в этих возрастных периодах возникают именно вокруг этих проблем. Если трудности переходного возраста сочетаются с переживанием неприятной жизненной ситуации, то появляется высокий риск возникновения тех или иных нервно-психических расстройств.

**Синдромы расстройства сознания**

**1. Оглушение** - это такое нарушение сознания, при котором обедняется его содержание, повышается порог для всех внешних раздражителей, замедляется и затрудняется образование ассоциаций, восприятий и переработка впечатлений, окружающая обстановка не привлекает внимания, ориентировка неполная или отсутствует. Смысл обращенной речи понимается не сразу, с усилием, (ложные вопросы не осмысляются, более простая информация понимается лучше. Больные отвечают с трудом, после паузы, односложно. Легче воспроизводятся автоматизированные навыки. Ослабляется запоминание, позже обнаруживаются пробелы в памяти. Расстройства восприятия и бредовые идеи отсутствуют. Движения замедленны, понижается активность, затормаживаются влечения. Отмечается благодушие или равнодушие, а также молчаливость и нередко безучастность. Выражение лица безразличное, тупое, мимика бедная, взгляд невыразительный. Период расстроенного сознания обычно забывается. Продолжительность — от минут до недель и иногда месяцев.

*Обнубиляция* - самая легкая степень оглушенности, прерываемая кратковременными периодическими прояснениями сознания. При этом реакции, в особенности речевые, замедляются, больные становятся рассеянными, невнимательными, появляются ошибки в ответах. Продолжительность — чаще минуты, но может быть и более длительной. Наблюдается при прогрессивном параличе, опухолях мозга.

*Сомнолентностъ* - состояние полусна, легкая степень оглушения, больной большую часть времени лежит с закрытыми глазами; несмотря на это, вербальный контакт с больным возможен, ответы правильные, но даются после длительной паузы, преобладает механически-ассоциативное мышление. Ориентировка не полная. Сопровождается это расстройство частичной амнезией.

*Сопор -* патологический сон, средняя степень оглушенности. Больной неподвижен, глаза закрыты, мимика бедная, выражение лица сонливое, взгляд тусклый, невыразительный. Речевой контакт с больным невозможен. Иногда появляются бессмысленные движения. Из внешних раздражителей воспринимается лишь сильная боль, на которую больной реагирует недифференцированными защитными движениями. Реакции зрачков на свет, сухожильные и кожные рефлексы снижены. Завершается амнезией.

*Кома -* полная утрата сознания с отсутствием реакций на внешние раздражители.

Оглушение - проявление экзогенно-органической патологии, оно наблюдается при отравлении алкоголем, угарным газом и других расстройствах обмена веществ (диабете, печеночной, почечной недостаточности), черепно-мозговых травмах, опухолях мозга, сосудистых и других органических заболеваниях головного мозга. У детей это расстройство сознания встречается чаще других; в раннем возрасте, например, при токсических диспепсиях, воспалениях легких, дизентерии, мозговых инфекциях и других тяжело протекающих заболеваниях.

**2. Делирий***-* помрачение сознания с возникновением на фоне ложной ориентировки наплывов ярких зрительных представлений и галлюцинаций, отрывочного бреда, бессвязного мышления, тревоги, страха, возбуждения, двигательного беспокойства, а иногда и болтливости. Продолжительность делирия — часы или дни. Интенсивность расстройства колеблется в течение суток, временами сознание проясняется, к вечеру же оно снова помрачается. Воспоминания о пережитом отрывочны. У детей делирии редуцированы и кратковременны (от нескольких минут до часов), протекают более легко либо в форме пугливости, слезливости при плохом засыпании и нарушенном сне с яркими устрашающими сновидениями и криками, либо в форме эпизодов резкого тревожного возбуждения, на фоне которых — яркие, но элементарные и отрывочные зрительные, реже тактильные и слуховые галлюцинации («крыса под кроватью», «черный дядька у двери», «большой медведь рядом», «мухи летают», «червячки по животу ползают», «паучки и жучки красненькие и зелененькие всюду»). В промежутках между наплывами этих состояний дети относительно спокойны. Ночью состояние утяжеляется, однако глубина помрачения сознания колеблется. Дети правильно оценить пережитое не могут. Чаще всего эти расстройства наблюдаются при отравлениях некоторыми лекарствами (атропин), алкогольных и других интоксикационных психозах, а также при психозах, возникающих в связи с соматическими и инфекционными заболеваниями.

**3. Онейроид**- сновидное (грезоподобное) помрачение сознания, проявляющееся в сценических, фантастических, сказочных переживаниях, переплетающихся с иллюзорно воспринимаемой реальностью, которая толкуется бредовым образом. Больной оказывается сторонним наблюдателем, а не участником воображаемых ситуаций. Продолжительность — несколько недель или месяцев. Завершается амнезией. У детей чаще встречается неразвернутый онейроид, проявляющийся растерянностью, иллюзиями, опознаваниями, с частичной сохранностью или двойной ориентировкой, при которой больной утверждает, что он и у себя дома, и одновременно где-то в другом месте. Наблюдается при шизофрении, экзогенно-органических психозах.

**4**. **Аменция (спутанность)**- глубокое нарушение сознания с распадом и обеднением психики, с неспособностью осмыслить ситуацию в целом, с дезориентировкой в собственной личности. Имеют место отрывочные галлюцинации, бред и бессвязное мышление. Нарушается анализ и синтез познания внешнего мира. Отмечаются растерянность, аффект недоумения, отсутствие содержания переживаний. Блуждающий взгляд, бессвязные действия и иногда двигательное возбуждение. Аменция продолжается в течение нескольких недель или даже многих месяцев. При прояснении сознания никаких воспоминаний не остается. Наблюдается при длительных соматогенных, инфекционных психозах и некоторых энцефалитах.

**5. Сумеречное состояние сознания**- кратковременное сужение сознания на ограниченном круге переживаний, при котором поведение обусловливается не всей обстановкой, а лишь отдельными ее деталями, воспринимаемыми искаженно, и состоит либо из проявлений расторможенного агрессивно-оборонительного инстинкта, либо из привычных автоматизированных действий (бег, ходьба, жевание, глотание). Разновидности сумеречного состояния:

а) *амбулаторный автоматизм* - отключение от реальности, грубая дезориентировка, ограничение спонтанной речи, непроизвольное блуждание или сохранение способности к упорядоченному поведению;

б) *транс* - кратковременное состояние амбулаторного автоматизма;

в) *сомнамбулизм (лунатизм)* - амбулаторный автоматизм, возникающий во время сна. При этом ребенок с закрытыми глазами встает, заходит в туалет, на кухню, одевается, выходит за пределы квартиры, не отвечая на вопросы;

г) *эпилептигеское сумерегное состояние* - отключение от реальности с скажением восприятия окружающего яркими, цветными, сценоподобными галлюцинациями (нередко устрашающими: погоней, надвигающимся автомобилем, прыгающим зверем),бредом преследования, физического уничтожения, а также гневом или страхом. Угрожающие слова и агрессия или разрушительные действия обычно отражают эти болезненные переживания.

*Перечисленные виды помрачения сознания наблюдаются при интоксикационных, инфекционных, соматических заболеваниях, органических заболеваниях центральной нервной системы, эпилепсии.*

Так, оглушение характерно для органических поражений центральной нервной системы, делирий наблюдается преимущественно при инфекциях, интоксикациях, соматогенных заболеваниях, аменция - при тяжелом течении инфекционных и соматических болезней, онейроид - при шизофрении, эпилепсии, тяжелых органических заболеваниях центральной нервной системы и, наконец, сумеречное расстройство сознания - при эпилепсии и органических поражениях головного мозга.

*Лечение.* Возникновение синдрома расстройства сознания требует немедленной госпитализации в психиатрическую больницу и принятия мер, направленных на выяснение причин, вызвавших помрачение сознания. При разных видах помрачения сознания нужен различный терапевтический подход, в зависимости от основного заболевания.

**Астенический синдром** - состояние нервно-психической слабости, которая выражается повышенной истощаемостью, снижением тонуса психических процессов и замедленностью восстановлением сил. Больные с астеническим синдромом легко утомляемы, не способны к длительному умственному и физическому напряжению. Они болезненно впечатлительны, их раздражают громкие звуки, яркий свет, разговор окружающих. Настроение их лабильно, меняется под влиянием незначительных поводов; чаще оно носит характер капризности, недовольства. Больные по незначительному поводу могут расплакаться. Эти эмоциональные изменения получили название эмоциональной слабости. Отмечаются головные боли, нарушение сна, вегетативные расстройства. При более тяжелой астении клиническая картина характеризуется пассивностью больных, апатичностью.

*Астенический синдром может быть следствием различных заболеваний*, но чаще возникает в связи с перенесенными инфекциями, интоксикациями, травмами, при хронических заболеваниях внутренних органов, а также при эндокринопатиях. Он может встречаться как этап психических болезней - шизофрении, артериосклероза, прогрессивного паралича, энцефалитов и других органических заболеваний.

*Клиническая картина* астенического синдрома несколько видоизменяется в зависимости от характера болезни, вначале которой он встречается. При начальной шизофрении астенические проявления сочетаются с чертами аутизма.

В начале органического заболевания к астеническому синдрому могут присоединяться отдельные симптомы, указывающие на органическую природу заболевания, например ослабление памяти, постоянная слезливость при артериосклерозе, раннее снижение критики при прогрессивном параличе и т. д.

Посттравматическая астения характеризуется выраженной истощаемостью, упорными головными болями, головокружениями, ослаблением памяти, выраженной аффективной возбудимостью.

*Если астенический синдром не является начальным этапом прогрессирующего процесса, то он обратим.*

*Лечение.* Назначают различные общеукрепляющие средства, седативные, а также средства, направленные на излечение основного заболевания.

**Гипертензионно-гидроцефальный синдром.** Он может быть преходящим или постоянным. Отмечается увеличение черепа (более чем на 2 сигмы), расхождение черепных швов, выбухание и увеличение большого родничка, иногда открытие малых и боковых родничков, расширение венозной сети, возможны изменения на глазном дне. Поведение детей отличается возбудимостью, раздражительностью, крикливостью. Сон поверхностен и прерывист. При преобладании явлений гидроцефалии отмечаются вялость, сонливость, анорексия, срыгивания, уменьшение массы тела. Имеют место симптом «заходящего солнца», косоглазие, горизонтальный нистагм. Состояние мышечного тонуса зависит от преобладания гипертензии (гипертония) или гидроцефалии (вначале гипотония). Сухожильные рефлексы могут быть высокими. Часто отмечается тремор (дрожание), реже - судорожные явления. Для диагностики важно изучение давления спинномозговой жидкости, и использование Эхоэг, краниографии, пневмоэнцефалографии, компьютерной томографии.

**Синдром невропатии или врожденной детской нервности** 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, жевательная лень. 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.*

**Гипердинамический синдром, синдром двигательной расторможенности**встречается у 5-10% школьников младших классов, причем у мальчиков в 2 раза чаще, чем у девочек.

Синдром встречается в возрастном диапазоне от 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 преддошкольном 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 уходов из дома и бродяжничества** очень разнообразен по причинам возникновения, но однообразен по внешним проявлениям. Встречается в возрасте от 7 до **17** лет, но чаще в пубертатном периоде. На этапе формирования проявления этого симптома отчетливо зависят от индивидуальных особенностей личности и микросоциального окружения. У детей и подростков с чертами тормозимости, обидчивых, чувствительных уходы связаны с переживанием обиды, ущемленного самолюбия, например, после физического наказания. При преобладании черт эмоционально-волевой неустойчивости, инфантилизма уходы связаны с боязнью трудностей (контрольная, строгий педагог). Гипертимные подростки, а также здоровые дети испытывают потребность в новых впечатлениях, развлечениях («сенсорная жажда»), с чем и связаны уходы. Особое место занимают немотивированные уходы на эмоционально холодном фоне. Дети уходят в одиночку, неожиданно, бесцельно блуждают, не проявляют интереса к ярким зрелищам, новым впечатлениям, неохотно вступают в контакт с окружающими (часами катаются по одному маршруту на транспорте). Они сами возвращаются и ведут себя так, как будто ничего не случилось. Это бывает при шизофрении и эпилепсии. Независимо от причин начальных уходов, формируется своеобразный стереотип реагирования на психотравмирующие обстоятельства. По мере повторения уходов предпочтение отдают асоциальным формам поведения, присоединяются правонарушения, влияние асоциальных групп. Длительное существование уходов приводит к формированию патологических черт личности: лживость, изворотливость, стремление к примитивным удовольствиям, отрицательное отношение к труду и всякой регламентации. С 14-15 лет этот симптом сглаживается, в одних случаях личность не меняется, в других формируются краевая психопатия и микросоциально-педагогическая запущенность.

**Судорожный синдром (эписиндром)** возникает сразу после травмы, указывая на значительный ушиб или кровоизлияние в вещество мозга. Судороги, появляющиеся спустя несколько месяцев после травмы, являются следствием рубцового процесса, возникающего на месте бывшей травмы. Судороги могут быть различны по частоте и времени возникновения. Частые дневные судороги довольно быстро приводят к снижению интеллекта. У всех больных отмечается изменение характера по травматическому типу: аффективностъ, снижение настроения (дисфория), плохая переключаемость в трудовой деятельности, ослабление памяти. Раннее выявление болезни и систематическое лечение могут сделать судорожные приступы более редкими, что дает возможность ребенку усваивать необходимые знания.

**Синдром раннего детского аутизма.** Детский аутизм описан Каннером в 1943 г. Это редкая форма патологии - встречается у 2-х из 10000 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.

Выделяют психогенный вариант, связанный с эмоциональной деп-ривацией, который наблюдается у детей, содержащихся в государственных учреждениях, если в первые 3-4 года жизни отсутствовал контакт **с** матерью. Он характеризуется нарушением способности общаться с окружающими, пассивностью, безучастностью, задержкой психического развития.

**Синдром Аспергера.** Имеют место основные клинические проявления характерные для раннего детского аутизма. В отличие от синдрома Канера 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.

**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). В происхождение синдрома Аспергера наследственно-конституцио-нальный фактор расценивается как ведущий.

**Психопатоподобный синдром.** Основу психопатоподобных состояний составляет психоорганический синдром с нарушением эмоционально-волевых свойств личности. Клинически это выражается в недостаточности высших нравственных установок, отсутствии интеллектуальных интересов, нарушении инстинктов (расторможение и садистическое извращение сексуального влечения, недостаточность инстинкта самосохранения, повышенный аппетит), недостаточной целенаправленности и импульсивности поведения, а у детей младшего возраста - в двигательной расторможенности и слабости активного внимания. Возможны некоторые различия, связанные с доминированием тех или иных патологических черт личности, что позволяет в ряде случаев выделить варианты психопатоподобных состояний. В.В. Ковалев выделяет четыре основных синдрома: психической неустойчивости, повышенной аффективной возбудимости, импульсивно-эпилеп-тоидный и синдром нарушения влечений.

*Синдром психической неустойчивости* наря*ду с о*пи*с*ан*ны*ми о*б*щи*ми* проявлениями характеризуется крайней изменчивостью поведения в зависимости от внешних обстоятельств, повышенной внушаемостью, стремлением к получению примитивных удовольствий и новых впечатлений, с чем связаны склонность к уходам и бродяжничеству, воровству, употреблению психоактивных веществ, раннему началу сексуальной жизни.

*Синдром повышенной аффективной возбудимости проявляется чрез-*мерной возбудимостью, склонностью к бурным аффективным разрядам с агрессией и жестокими действиями.

Детям и подросткам с импульсивно-эпилептоидным психопатопо-добным синдромом свойственны наряду с повышенной возбудимостью и агрессивностью склонность к дисфориям, а также к внезапным поступкам и действиям, возникающим по механизму короткого замыкания, инертность мыслительных процессов, расторможенность примитивных влечений.

Наконец, при *синдроме нарушения влечений* на первый план выступают расторможение и извращение примитивных влечений - упорная мастурбация, садистские наклонности, бродяжничество, стремление к поджогам.

Особое место среди резидуально-органических психопатоподобных расстройств занимают психопатоподобные состояния при ускоренном темпе полового созревания. Основные проявления этих состояний -повышенная аффективная возбудимость и резкое усиление влечений. У подростков-мальчиков преобладает компонент аффективной возбудимости с агрессивностью. Иногда на высоте аффекта происходит сужение сознания, что делает поведение подростков особенно опасным. Отмечаются повышенная конфликтность, постоянная готовность к участию в ссорах и драках. Возможны периоды дисфории. У подростков-девочек на первый план выступает повышенное сексуальное влечение, приобретающее иногда непреодолимый характер. Достаточно часто у таких девочек обнаруживается склонность к вымыслам, фантазиям, оговорам сексуального содержания. Персонажами таких оговоров выступают одноклассники, учителя, родственники мужчины. В генезе ускоренного полового созревания предполагается ведущая роль дисфункции передних ядер гипоталамуса.

Грубый характер расстройств поведения у детей и подростков с резидуально-органическими психопатоподобными состояниями часто ведет к выраженной социальной дезадаптации с невозможностью пребывания в учебном коллективе. Несмотря на это, отдаленный прогноз в значительной части случаев может быть относительно благоприятным. Психопатоподобные изменения личности частично или полностью сглаживаются и в постпубертатном возрасте наступает клиническое улучшение с той или иной степенью социальной адаптации.

**Абстинентный синдром** - болезненное состояние, возникающее вследствие прекращения поступления привычной дозы алкоголя. Его особенность состоит в том, что все нарушения на время устраняются или смягчаются приемом спиртных напитков. Абстиненция проявляется психическими, неврологическими и соматическими расстройствами. Астения, раздражительность, беспричинная тревога сочетаются с бессонницей или беспокойным сном и кошмарными сновидениями. Характерны мышечный тремор (особенно крупноразмашистый пальцев рук), чередование озноба и проливного пота, жажда и утрата аппетита. Больные жалуются на головную боль и сердцебиение. Артериальное давление нередко повышено, иногда значительно. В зависимости от типа акцентуации характера могут проявляться дисфория, истерическое поведение с демонстративными суицидными попытками или депрессии с истинными суицидными намерениями, паранойяльные идеи ревности, преследования, отношения. В тяжелых случаях могут развиваться алкогольный делирий («белая горячка») и судорожные припадки («алкогольная эпилепсия»).

Во время абстиненции резко обостряется вторичное патологическое влечение к алкоголю, оно становится неодолимым.

Абстиненция начинается через 12-24 ч после выпивки. Продолжительность ее зависит от тяжести - от 1-2 сут. до 1-2 нед. При интенсивном лечении она завершается быстро и протекает легче.

**Симптоматические психозы** - психозы, возникающие в течение различных соматических, инфекционных болезней и интоксикаций и являющиеся симптомом основного заболевания. Не все психозы, развивающиеся при соматических, инфекционных заболеваниях и интоксикациях, являются симптоматическими. Нередки случаи, когда соматическая болезнь провоцирует эндогенное психическое заболевание (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз и др.). В зависимости от продолжительности и интенсивности действующей на организм вредности психозы могут протекать с экзогенными расстройствами, эндогенными картинами, а также оставлять после себя те или иные органические симптомы.

В настоящее время принята следующая классификация симптоматических психозов.

1. Острые симптоматические психозы, в большинстве случаев протекающие с помрачением сознания.

2. Протрагированные (промежуточные) психозы без расстройства сознания.

3. Органический психосиндром как следствие длительного и интенсивного воздействия той или иной вредности на мозг.

Как правило, острые симптоматические психозы не оставляют каких-либо последствий. После протрагированных психозов могут наблюдаться в той или иной степени, выраженные органические изменения. Нередко одно и то же соматическое заболевание может приводить к возникновению психозов острых или протрагированных и вести к тем или иным органическим изменениям личности. На характер течения психоза оказывает влияние как интенсивность и качество действующей вредности, так и реактивность организма. Острые симптоматические психозы протекают с клиническими картинами оглушения, делирия, деменции, и онейроида.

Все перечисленные психотические состояния оставляют после себя длительный период астении.

Лечение: медикаметозное, лечение основного заболевания.

**Эпилепсия.** Хроническое, заболевание головного мозга, характеризующееся в зависимости от локализации патологического очага повторными судорогами, а также нарастающими изменениями в эмоционально-психической сфере, регистрируемыми в межприступном периоде.

*Этиология и патогенез*. В возникновении эпилептических пароксизмов несомненное значение имеют два фактора — наследственное или приобретенное предрасположение, а также экзогенные причины (травма, инфекция и др.). Соотношение влияния этих двух факторов может быть различным.

*Клиническая картина*. Начальные проявления эпилепсии у детей разнообразны. Чаще всего начало проявляется пароксизмами. В других случаях имевшиеся в анамнезе единичные припадки через несколько лет могут перейти в эпилепсию.

К генерализованным припадкам относятся такие, при которых начальные клинические проявления указывают на первичное вовлечение обоих полушарий головного мозга. Ребенок внезапно теряет сознание и падает. Издает громкий крик или стон. Наступает тоническая фаза припадка, при которой резко напрягается вся мускулатура: голова запрокидывается кзади, лицо искажается гримасой страха, ужаса, становится синюшным, а глаза — неподвижными, поворачиваются кверху, зрачки расширяются, не реагируют на свет; челюсти сжимаются, при этом возможен прикус языка. Руки сгибаются в локтевых суставах, кисти сжимаются в кулак, ноги вытягиваются. Затем наступают клонические судороги рук, ног, головы; изо рта может выделяться пенистая слюна с примесью крови, возможны непроизвольные мочеиспускание и дефекация. Постепенно судороги становятся более редкими и менее выраженными, мускулатура расслабляется, рефлексы снижаются или не вызываются, ребенок не реагирует на окружающее. Наступает сон или больной приходит в сознание при полной амнезии, У детей отмечаются возрастные особенности судорожных припадков. Так, в грудном возрасте вследствие преимущественного функционирования стволовых структур обычно имеют место тонические припадки. Клонический компонент приступов проявляется в более поздние сроки.

Малые припадки в настоящее время диагностируются как абсансы. Клинически проявляются внезапным кратковременным (несколько секунд) угнетением или потерей сознания с последующей амнезией. При этом судороги или другие двигательные нарушения могут отсутствовать или наблюдаются отдельные миоклонические судороги, элементарные автоматизмы, кратковременные (более массивные) моторные феномены, ве-гетовисцеральные и вазомоторные нарушения.

Миоклонические судороги являются особой формой генерализованных припадков, известны также как инфантильные спазмы, салаамовы судороги, синдром Веста. Инфантильные спазмы характеризуются триадой симптомов: наличие своеобразных спазмов, преимущественно сгибательного типа, прогрессирующее течение и гипсаритмия.

Парциальные припадки классифицируются прежде всего в зависимости от сохранности или нарушения сознания во время приступа. Когда сознание не нарушено, припадки считаются простыми парциальными. При нарушении сознания припадки рассматривают как сложные парциальные (джексоновские припадки, адверсивные припадки и др.).

*Прогноз. Неоднозначен.*

*Лечение.* Основным принципом стратегии антиконвульсивной терапии при эпилепсии являются комплексность и индивидуальность.

Комплексность лечения включает: 1) соблюдение определенного общего и пищевого режима; 2) психотерапию; 3) дополнительную индивидуальную медикаментозную терапию на фоне противосудорожных средств.

**Шизофрения.** У детей шизофрения может начаться в любом возрасте, даже с 2-3 лет. Чаще бывает у подростков 14-15 лет.

*Этиология*. Неизвестна.

*Клиническая картина*. Клиническая симптоматика детской шизофрении определяется возрастом (возрастной реактивностью) больного и причиной, приведшей к заболеванию. Четкой классификации детской шизофрении не существует. Для детей дошкольного возраста очень характерны немотивированные, несвязанные с какими-либо внешними причинами страхи. Иногда при этом бывают зрительные галлюцинации, обычно устрашающего характера, нередко напоминающие сказочных персонажей (страшный черный медведь, баба-яга и т. д.). Характерны для шизофрении младшего возраста и нарушения речи. Ребенок с уже хорошо развитой до этого речью перестает разговаривать, иногда начинает употреблять вымышленные слова (неологизмы) или отвечает совершенно не на вопрос. Наблюдается разорванность речи, могут быть эхолалии - повторения чужих слов или фраз. Речь у таких детей теряет свою основную функцию - быть средством общения. Дети становятся отчужденными, никак не реагируют на окружающее, предпочитают играть одни, нередко не проявляя в игре никакой продуктивности: например, часами стереотипно вертят в руках одну и ту же игрушку. Могут наблюдаться элементы кататонического статуса: ребенок застывает в одной позе, накручивает волосы на пальцы, однообразно кивает головой, подпрыгивает и т. д.

У детей младшего школьного возраста отмечается уже более продуктивная психическая симптоматика. Характерным является патологическое антазирование («бредоподобные фантазии»). Такие дети могут жить в вымышленном мире, наделять предметы чертами одушевленных существ, изображать животных и вести себя соответствующим образом: например, ребенок, считая себя лошадкой, ходит на четвереньках, просит кормить его овсом и т. д. Могут наблюдаться различные ипохондрические состояния и двигательные нарушения в виде импульсивных поступков, двигательной расторможенности и пр. Характерны также навязчивые состояния и связанные с ними ритуальные действия.

Шизофрения подросткового периода характеризуется в основном теми же чертами, что и шизофрения взрослых, хотя некоторые виды расстройств чаще встречаются именно в этом возрасте (например, синдром дисморфофобии -дисморфомании). Основные клинические формы болезни:

*простая форма:* характерно медленное постепенное начало. Подросток становится замкнутым, отчужденным, снижается его успеваемость, он теряет прежние интересы и привязанности, перестает следить за собой, становится неряшливым. Нередко появляется резко выраженное психопатоподобное поведение со склонностью ко лжи, воровству, жестокости;

*гебефреническая форма:* характерно подчеркнуто несерьезное, вычурное, манерное поведение; подросток склонен к беспричинному веселью, непонятному для окружающих;

*кататоническая форма* проявляется двигательными нарушениями в виде кататонического ступора или кататонического возбуждения. Кататонический ступор характеризуется полной обездвиженностыо (больной чаще всего неподвижно лежит в эмбриональной позе), мутизмом (молчание), полным отсутствием реакции на окружающее. Кататоническое возбуждение характеризуется однообразным бессмысленным двигательным беспокойством. Больной подпрыгивает, размахивает руками, иногда что-то стереотипно выкрикивает, гримасничает и т. д.; *параноидная форма* характеризуется наличием разнообразных бредовых идей и нередко галлюцинаций. При параноидной шизофрении у подростков довольно типичны бред физического недостатка, а также шизофренический вариант невротической анорексии, отрицательное отношение к родным и особенно к матери, доходящее до бреда «чужих родителей».

*Прогноз.* Исходом шизофрении может быть полное или неполное выздоровление. При неблагоприятном течении шизофрения приводит к своеобразному, так называемому апатическому, слабоумию.

*Лечение.* Медикаметозное.

**Маниакально-депрессивнный психоз** заболевание, которое характеризуется обратимыми фазами расстройства настроения, чередующимися с периодами психического здоровья. Само название показывает, что фазы, наблюдаемые у таких больных, носят полярно противоположный характер. Заболевание может протекать со сменой этих фаз.

*Клиническая картина* маниакально-депрессивного психоза заключается в появлении у больных депрессивных или маниакальных фаз, а также в наличии между ними «светлых промежутков». Взаимоотношение различных фаз при маниакально-депрессивном психозе является неопределенным: встречаются больные, у которых повторяются только депрессивные состояния либо только маниакальные, но есть тип течения маниакально-депрессивного психоза, при котором наблюдается чередование тех и других фаз. Различают еще одну форму маниакально-депрессивного психоза, которая течет непрерывно, без светлых промежутков, одна фаза переходит в другую. Такой тип течения получил название постоянный.

Длительность фаз также может быть различной: иногда она определяется неделями, но чаще месяцами и годами. Встречаются фазы, которые длятся по нескольку лет. Продолжительность светлых промежутков колеблется в еще больших пределах: у одних больных они могут измеряться десятилетиями, у других годами. В редких случаях светлые промежутки бывают очень короткими - в несколько дней. *Фаза маниакально-депрессивного психоза обычно заканчивается восстановлением психического здоровья без дефекта в интеллектуальной сфере. В ряде случаев и в «светлых промежутках» у больных отмечаются колебания настроения, которые могут возникать как под влиянием внешних факторов, так и спонтанно.*

*Основным симптомом,* как в маниакальной фазе, так и в депрессивной является нарушение аффекта, которое клинически проявляется устойчивым изменением настроения с нарушением соматовегетативных функций: сна, аппетита, обменных процессов, эндокринных функций. Возраст, при котором начинается заболевание маниакально-депрессивным психозом, может быть различным. Наибольшая частота заболевания приходится на возраст до 25 лет. Однако в некоторых случаях неотчетливо выраженные, кратковременные фазы в молодости еще не дают оснований диагностировать заболевание маниакально-депрессивным психозом, и первая, развернутая в большинстве случаев депрессивная фаза возникает в пожилом возрасте. В таких случаях говорят о поздней меланхолии. Глубина фаз как маниакальных, так и депрессивных может быть различной.

Выделяют тяжелые, средней тяжести и легкие формы.

*О причинах* возникновения маниакально-депрессивного психоза существуют различные концепции, но большинство авторов считает, что основной причиной является неполноценность самого организма. Большое значение придается конституции, врожденному или приобретенному предрасположению и особому темпераменту. И. П. Павлов считал, что при маниакально-депрессивном психозе нарушаются динамические взаимоотношения коры и подкорковых клеток и торможения высших отделов нервной системы. По мнению И. П. Павлова, маниакально-депрессивный психоз чаще возникает у лиц возбудимого типа, у которых нет соответствующего умеряющего и восстанавливающего процесса торможения.

*Лечение* медикаметозное, зависит от характера фаз.

**Неврозы**. Обратимые нарушения высшей нервной деятельности, обусловленные психотравмирующими факторами, из которых особенно большое значение имеют неблагоприятные условия воспитания, недостаток внимания к ребенку, разлады в семье, особенно уход из семьи одного из родителей. Возникновению невроза в значительной мере способствуют ухудшение общего состояния ребенка вследствие недосыпания, различных соматических заболеваний и т. д. и индивидуальные особенности личности.

*Неврастения.* Основным проявлением заболевания является синдром раздражительной слабости. Он выражается капризами у детей младшего возраста, аффективной неустойчивостью и вспыльчивостью у более старших детей. Сон становится беспокойным, с неприятными сновидениями. С трудом засыпая, ребенок также с трудом просыпается утром. Нередко перед отходом ко сну возникает эйфория, иногда сменяющаяся слезами, страхами. Дети школьного возраста начинают испытывать трудности в учебе, снижается внимание, в тяжелых случаях ребенок вообще не может сосредоточиться, постоянно отвлекается. Ухудшается способность к запоминанию, появляются рассеянность, забывчивость. Трудности, возникающие при выполнении обычных заданий, вызывают раздражение, слезы. Аппетит, особенно в утренние часы, понижен. Возможно появление рвоты, запоров. Практически постоянным симптомом является головная боль, часто отмечается двигательное беспокойство. Ребенок не может сидеть спокойно, он постоянно двигает руками, плечами, почесывается. При неблагоприятных условиях воспитания, особенно у ослабленных детей, заболевание может принимать затяжное течение, периодически обостряясь.

Так называемая детская нервность — это наиболее легкая форма неврастении. Она проявляется повышенной утомляемостью, эмоциональной неустойчивостью, склонностью к слезам и капризам, иногда ночными страхами (ребенок просыпается, плачет, зовет родителей). Может возникнуть боязнь темноты и одиночества.

*Невроз навязчивых состояний*. В клинической картине преобладают разнообразные навязчивые явления, в первую очередь навязчивые страхи (фобии). Характерен навязчивый страх одиночества, острых предметов, пожара, высоты, воды, заражения какой-то опасной болезнью и т. д. Встречаются и другие навязчивые состояния, например навязчивые сомнения в правильности выполнения какого-либо действия, навязчивые движения и поступки. Встречаются навязчивые влечения и идеи (совершенно ненужные мысли, от которых, понимая всю их ненужность и нелепость, больной, тем не менее никак не может отделаться). Навязчивые состояния могут сопровождаться так называемыми ритуальными — разного рода защитными действиями и движениями, выполняемыми больным для защиты от ожидаемого несчастья или хотя бы временного успокоения. Навязчивые состояния, особенно фобии, очень мучительны, их появление обычно сопровождается выраженной вегетативной реакцией в виде резкой бледности или красноты, потливости, сердцебиения, учащения дыхания.

*Истерия.* Повышение эмоциональной возбудимости. Больные склонны к особенно бурному, но поверхностному проявлению чувств радости и горя, отличаются особенно сильно развитыми фантазией и воображением.

В связи с выраженной эмоциональностью имеют место повышенная впечатлительность, эгоистичность и чувствительность к различным проявлениям строгости, невнимания. Дети преувеличивают значение всех событий, так или иначе касающихся их, склонны к имитации. Из соматовегетативных расстройств отмечаются анорексия, которая может привести к значительному истощению ребенка, рвота, тошнота, сердцебиение, боли в области сердца, живота, головные боли, нарушение мочеиспускания и запоры вследствие спазма сфинктеров. Нередки жалобы на чувство сжатия в горле («истерический ком»). Возможно появление двигательных нарушений, таких, как судороги, астазия-абазия (невозможность стоять или ходить при полной сохранности опорно-двигательного аппарата и при сохранении активности движений в лежачем положении), изредка - истерические параличи и парезы. Наиболее характерной истерической реакцией детей (главным образом раннего и дошкольного возраста) является истерический припадок, возникающий при стремлении ребенка во что бы то ни стало добиться своего, привлечь к себе внимание, достичь желаемого. В таких случаях ребенок падает на пол или землю, выгибается, бьется головой, руками и ногами, пронзительно кричит и плачет, в то же время фиксируя в той или иной степени реакцию на его поведение окружающих. Добившись желаемого, он довольно быстро успокаивается.

*Прогноз.* Обычно благоприятный.

*Лечение.* При лечении неврозов, прежде всего, устраняют травмирующие факторы внешней среды и создают продуманный режим поведения, питания, сна. Рекомендуются настойка пустырника или валерианы (от 2 до 5 капель), 0,5 *%* раствор бромида натрия. Только в тяжелых случаях у детей старшего возраста для нормализации сна целесообразно прибегать к снотворным.

**Психопатии.** Группа патологических состояний различной этиологии и патогенеза, объединяемых по доминирующему признаку - нарушениям в эмоционально-волевой сфере. Интеллект при психопатиях практически не изменен, поэтому с известной долей упрощения психопатии можно рассматривать как патологическое изменение характера.

*Этиология и патогенез*. В происхождении психопатий играют роль многие факторы: отягощенная наследственность, разнообразные вредные воздействия (инфекции, интоксикации, в том числе алкогольная, и т. д.), действующие на организм на различных стадиях внутриутробного развития и в первые годы жизни ребенка, неблагоприятные условия воспитания и социальная обстановка. В зависимости от характера и степени тяжести причины заболевания, а также времени ее воздействия на организм выделяют следующие типы аномалий развития нервной системы: задержанное (по типу психического инфантилизма); искаженное (диспропорциональное) развитие нервной системы (и всего организма в целом) и поврежденное («надломленное»). В происхождении первого типа нельзя полностью исключить фактор отягощенной наследственности, но основной причиной являются экзогенные воздействия. В происхождении второго типа преимущественную роль играет патологическая наследственность - так называемые конституциональные психопатии. Основной причиной третьего типа аномалии являются мозговые заболевания, перенесенные на ранних этапах онтогенеза нервной системы. Механизмы формирования и развития патологической личности под влиянием неблагоприятных социальных условий различны.

Закрепление патологических черт характера может быть обусловлено подражанием психопатическому поведению окружающих (закрепление реакций протеста, возмущения, негативистических форм реагирования) при поощрении ими неадекватного поведения ребенка или подростка. Немаловажное значение имеет недостаточное внимание к выработке таких нервных процессов, как, например, торможение, на фоне несдерживаемого развития возбудимости ребенка. Установлено существование прямой зависимости между неправильным воспитанием и многими патологическими чертами характера. Так, патологическая возбудимость легче всего возникает при недостатке или полном отсутствии внимания к ребенку. Формированию тормозных психопатов больше всего благоприятствует черствость или даже жестокость окружающих, когда ребенок не видит ласки, подвергается унижениям и оскорблениям (ребенок - «золушка»), а также в условиях чрезмерного контроля за ребенком. Истерическая психопатия наиболее часто формируется в обстановке постоянного обожания и восхищения, когда исполняются любое желание ребенка, все его прихоти (ребенок - кумир семьи). Психопатическое развитие не всегда заканчивается полным формированием психопатии. При благоприятных условиях формирование патологического характера может ограничиться «психопатической стадией», когда патологические особенности еще не стойки и обратимы. При изменении среды могут полностью исчезнуть все психопатические особенности.

*Клиническая картина*. У детей редко встречаются клинически выраженные формы психопатий. Обычно речь идет о психопатическом (патохарактерологическом, патологическом) развитии личности. При отсутствии выраженных форм психопатии у детей могут быть определенные черты патологического реагирования.

Психологическая возбудимость у детей чаще всего выражается в легком возникновении аффективных вспышек, такие дети не терпят никаких возражений, не могут сдерживать своих эмоций, требуют немедленного исполнения своих желаний. Встречается при этом и склонность к разрушительным действиям, повышенной драчливости, немотивированным колебаниям настроения.

Тормозные психопатии характеризуются робостью, застенчивостью, ранимостью, часто двигательной неловкостью; дети очень обидчивы.

Черты истероидной психопатии выражаются в значительном эгоцентризме, желании постоянно быть в центре внимания окружающих, в стремлении любым путем достичь желаемого. Дети легко ссорятся, склонны ко лжи (обычно с целью вызвать к себе сочувствие и повышенное внимание).

*Лечение.* На первом месте должны стоять медико-педагогические мероприятия (изменение неблагоприятной обстановки, правильная организация занятий и т. д.). При повышенной возбудимости и колебаниях настроения показаны седуксен, триоксазин, элениум и т. д., иногда препараты брома. Лечение проводится врачом-психиатром.

*Профилактика.* Имеют большое значение охрана здоровья беременной, охрана здоровья ребенка и правильное его воспитание.

**Заключение**

Таким образом. Формирование психопатологических расстройств находится в прямой зависимости от возрастных особенностей психики детей. В этой связи без знаний закономерностей развития психики невозможно ни диагностировать, ни понять симптоматику детских нервно-психических расстройств.

Психика детей в процессе развития постоянно меняется, приобретая в каждом возрасте свои характерные черты.

Список литературы

1. Исаев Д. Н. Психопаталогия детского возраста: учебник для вузов. – 3-е изд. – СПб.: Спец Лит, 2007. – 463 с.
2. Обухов С.Г. Психиатрия / Под ред. Ю.А. Александровского - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 352 с.
3. Педиатрия: Учебник для студентов высших мед. учеб. заведений III—IV уровней аккредитации. 2-е изд., испр.; и доп. / В. Г. Майданник; Худож.-оформитель В. А. Садчен-ко. - Харьков: Фолио, 2002. - 1125 с. - ISBN 966-03-1731-Х.
4. Педиатрия: Учебник для медицинских вузов. 3-е изд., испр. и доп./ Под ред.Н.П. Шабалова. – СПб: СпецЛит, 2005. – 895 с.: ил.
5. Справочник участкового педиатра./И. Н. Усов, К.Н. Анищенко, А.А. Астапова и др.: Под ред. И.Н. Усова. – Мн.: Беларусь, 1991. – 639 с.