

 **ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК**

 БРЕСТСКОГО ОБЛАСТНОГО ЦЕНТРА

 КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕГО

 ОБУЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ

 12/2007

Консультант

ДЕКАБРЬ

Уважаемые коллеги!

В вестнике «Консультант» № 2 за февраль 2007 г. мы обсуждали вопросы ранней перинатальной диагностики в период внутриутробного развития плода и возможности первичной медико-генетической профилактики ОПФР.

В настоящем выпуске предлагаемый материал поможет врачам и специалистам ЦКРОиР в рамках вторичной психопрофилактики своевременно выявлять, комплексно оценивать и проводить медицинскую и психологическую коррекцию клинических проявлений нервно-психических расстройств у детей младенческого и раннего детского возраста.

**Ответственные за выпуск**: врач-психиатр Л.Л.Рояк

 секретарь-машинистка И.Г.Песоцкая

**Контактный телефон:** (8-0162) 41 81 56

***Клинические проявления нервно-психических расстройств у детей младенческого и раннего детского возраста***

**I. Гиперкинетическое расстройство (F 90 по МКБ-10)**

Первые симптомы выявляются уже на 1 году жизни, но распознать их бывает трудно из-за разнообразия вариантов нормы. У мальчиков, чаще чем у девочек. Констуциональный фактор - ведущий. Главные симптомы Г.Р;

1. **Невнимательность**

По крайней мере 6 симптомов из нижеследующих:

* Не способен внимательно следить за деталями, отвлекается в игровой
деятельности;
* не слушает то, что ему говорят;
* не способен следовать инструкции, не завершает начатое дело;
* нарушена организационная сторона в деятельности;
* не любит задания, требующих умственных усилий;
* часто теряет вещи;
* легко отвлекается на внешний стимул;
* забывчив в ходе повседневной деятельности.
1. **Гиперактивность**

По меньшей мере 3 симптома из ниже перечисленных:

* часто беспокойно двигает руками, ногами, ёрзает на месте;
* покидает своё место в игровой комнате, когда требуется сидеть;
* куда-то бежит или карабкается, когда это неуместно;
* неадекватно шумит в играх или испытывает трудности в тихом проведении
досуга;
* стойкая неуместная моторная активность не поддающаяся социальным
требованиям.

**3. Импульсивность**

На протяжении 6 месяцев сохраняется хотя бы 1 из ниже
перечисленных симптомов, в такой степени выраженности, что нарушается
адаптация:

- выкрикивает ответы до завершения вопроса;

- не способен ждать в очередях, играх или групповых ситуациях;

* прерывает других или вмешивается в разговоры, игры других;
* часто слишком много разговаривает без адекватной реакции на социальных
ограничений.
1. Склонен к риску, травмам и происшествиям.
2. Возникают проблемы в общении со сверстниками

**II**. **Невропатия**

Часто развивается на фоне органического поражения ЦНС. Определённую роль играет и конституциональная предрасположенность. Дети невропаты, как правило худы, очень подвижны, ловки и музыкальны. Часто опережают своих сверстников в психическом развитии, быстрее начинают говорить. Чрезмерно любопытны, внимание у них неустойчиво, эмоции лабильны, легко переходят от слёз и рыданий к безудержному смеху. Успокоится им трудно. В этой связи они часто конфликтуют со сверстниками, среди взрослых считаются

У них часто выявляются вегетативно-сосудистые нарушения (расстройство аппетита, рвота, неустойчивый стул), повышенная потливость, кожные высыпания. Повышенная подвижность днём, перевозбуждает их и ночью, они не могут угомониться и уснуть. Сон невропатов очень чуток. Часами родители сидят у кроватки и убаюкивают их. Стоит им уйти, как сразу плач и крик. Часто у них парадоксальная реакция на медикаменты: успокаивающие их возбуждают и наоборот.

С возрастом при правильном воспитании и адекватном лечении они выравниваются.

Родителям необходимо учиться «заражать» детей своим спокойствием, уравновешенностью.

***Расстройство питания в младенчестве и детстве (в МКБ 10 шифр F 98.2)***

 К ним относятся наблюдаемые не менее 1 месяца резкое снижение аппетита, чрезмерная привередливость в пище (при умелом и правильном кормлении и отсутствии органического заболевания), постоянные срыгивания. При наличии подобных нарушений ребёнок мало прибавляет в массе тела и даже теряет её.

К нарушениям питания раннего детского возраста относится симптом Пина (от латинского Сорока) или поедание несъедобного в младенчестве и детстве (шифр 98.3), характеризуется стойким (не реже 1 раза в месяц) стремлением детей есть землю, вату, пластилин и т.п. При этом ребёнок не страдает аутизмом и слабоумием. Часто поедание несъедобного отмечается у детей, воспитывающихся по типу гипопротекции. Улучшение ухода за ребёнком, коррекция воспитания, приводит к исчезновению симптоматики.

Если это не даёт эффекта, то это может свидетельствовать о серьёзном психическом расстройстве.

***Реактивное расстройство привязанности для младенцев раннего возраста (шифр Г 94.1)***

Возникает при воспитании ребёнка по типу гипопротекции, характеризуется неадекватной заботой о ребёнке, а нередко пренебрежением и жёстким обращением с ним. В этой связи дети становятся тревожными. Нарушается их общение с окружающими. Они или проявляют агрессию или лежат на полу свернувшись калачиком, не вступает в контакт. Часто у них отмечается преходящая задержка речевого и физического развития.

Рассторможенноерасстройство привязанности детского возраста (шифр Р 94.2) может появиться уже у годовалых детей и иногда раньше. Часто у детей с младенческого возраста воспитываемых вне семьи в детских учреждениях, и лишённых возможностей формировать избирательные привязанности. Клинически у таких детей неразборчивое, дружелюбное, прилипчивое поведение, недифференцированные претензии на хорошее к себе отношение, желание во всём обращать на себя внимание. При этом трудности в установлении отношений со сверстниками и эмоциональная неадекватность также поведение с трудом поддаётся коррекции даже при благоприятном изменении обстановки усыновлении. Часто такие расстройства сопровождаются невротическими реакциями.

Невротические расстройствау детей могут проявиться уже с 3-4 месяцев жизни. У детей младенческого и раннего возраста можно говорить лишь о невротических реакция, т.е. кратковременных расстройствах. Причины их (неправильное воспитание, психотравмирующие условия дома, в яслях), нередко малыши индуцируют невротическую сиптоматику взрослых матери, отца.

***Невротические реакции по астеническому типу.***

Связаны с переутомлением ЦНС, когда ребёнку предъявляются повышенные требования, которые он не в силах выполнить. Обычно родители этих детей повышенно амбициозны, не понимают потребностей ребёнка и не считаются с ними. Часто астении способствует тревожность родителей и стремление к скрупулёзности в выполнении режимных моментов, рекомендаций кормления. При этом мать не обращает внимания на «голодный плач ребёнка», т.к. «не пришло время кормления предусмотренное режимом».

Этому симптому способствует частая смена лиц ухаживающих за ребёнком - чрезмерная стимуляция сенсорных систем.

Часто астения проявляется в период адаптации к яслям, проведение лета без родителей. Дети повышенно утомляемы, плаксивы, у них снижено настроение. Аппетит плохой. В 2-3 года часто проявляется заикание. Плохо засыпают. Иногда наоборот глубоко спят и проявляется ночное недержание мочи. Постоянные перегрузки первичной системы сказываются и на работе иммунной системы, что способствует частым простудным и иным заболеваниям.

*Невротические реакции по истерическому типу* у детей растущих в условиях потворствующей гиперпротекции - «кумир семьи». Любые их желания выполняются, особенно те, которые проецируются и приписываются собственным детям: истерические реакции возникают, когда с них начинают что-то требовать или в чём-то им отказывают. Ребёнок орёт, размахивает руками и ногами, бросается на пол, уговорам не поддаётся. Если удовлетворить его требования он успокаивается и этот рефлекс закрепляется и в аналогичных ситуациях. Эти реакции повторяются. Они помогают ребёнку не делать того, чего он не хочет.

*Навязчивые невротические реакции* связаны с повышенной тревожностью детей. Уровень тревоги у них высок всегда, но возрастает в незнакомой обстановке и тогда, когда предвидеть исход сложно. Часто, это в семьях, где практикуется противоречивый тип воспитания; за один и тоже поступок ребёнок может получить или наказание или поощрение, в зависимости от настроения взрослого он не может понять что одобряется, а что нет взрослым.

Тревога повышается в проблемных семьях. Если кто-то болен или
родители в процессе разговора, но скрывают чисто формально общаются, но ребёнок улавливает гнетущую атмосферу в семье. Иногда, чтобы справиться с тревогой ребёнок формирует на бессознательном уровне ритуалы, смысла, которые не понимает и не может объяснить. Это может быть агрессия, аутоагрессия (грызение ногтей, покручивание и выдёргивание волос, обдирание заусениц, расцарапывание и расчесывание кожи, покусывание губ, лёгкие удары, наносимые себе и т.п.).

Другие ритуалы можно связать с попытками противостоять тревоге, демонстрируя силу. Дети бессознательно стремятся отпугивать опасность побороть её. К таким ритуалам относится сплёвывание, отмахивание, подёргивание головой, постукивание по предметам.

К ритуалам относятся также попытки больного вытеснить тревогу, вызывая у себя приятные эмоции (облизывание губ, сосание пальца, языка, угла подушки, ковыряние в носу, стимуляция эрогенных зон и другие действия.

Нередко именно ритуалы помогают больным детям справиться с навязчивыми идеями и страхами.

Навязчивые страхи очень разнообразны. Некоторые из них (страх темноты, одиночества, замкнутого пространства) могут быть связаны с тревогой испытанной ребёнком ещё в период внутириутробного развития и в процессе родов.

Аффективные расстройства в младенческом возрасте представлены двумя типами депрессии: младенческой и анаклитической.

*Младенческая* возникает сразу после родов или до месяца жизни. Причины:

- осложнения течению беременности и родов;

- неблагоприятное формирование «мать-дитя»;

- осознаваемое и неосознаваемое неприятие ребёнка матерью;

- неуверенность матери в своих силах воспитательной компетенции,

тревожность;

- супружеская дисгармония.

Такие депрессии при наличии вышеуказанных патологических факторов возникают у 15-50% женщин. Этот синдром в англоязычной литературе называют «blues» - синдром грусти рожениц. У них появляется слезливость, чувство тревоги, печаль, нарушения сна. Эти симптомы проявляются сразу после родов и достигают максимума на 3-7 день. Новорождённые дети очень чувствительны к эмоциям матери и индуцируют их. Часто из-за занятости матери (учёба, работа) возникает эмоциональный дефицит и депрессия у младенца. При этом ребёнок не может достичь состояния комфорта. На его лице постоянно гримаса недовольства, он постоянно кричит. На руках матери тянется к груди матери, но тут же её выплёвывает. Сон беспокоен, чуток, «сон волка» его постоянно нужно укачивать. Частые вскрикивания, до 30 раз за ночь пробуждается. Выражены соматовегетативные нарушения (срыгивания, неустойчивый стул, подъёмы температуры без видимой причины, опрелости и высыпания на коже).

Длится младенческая депрессия 1-1,5 месяца. Это показатель нарушений в системе мать-дитя и в будущем чревато развитием аффективных нарушений и у ребёнка и у матери. Здесь показана семейная психотерапия.

*Анаклитическая дипрессия* описана впервые (Р.А. Шпитуль и А. Вольфом) у новорождённых и грудных детей, изолированных по какой- либо причине от матери, и не получивших её полноценной замены. Чем эмоциональнее и интенсивнее были отношения младенца с матерью, тем вероятнее развитие анаклитической депрессии при их утрате. После разлуки ребёнок становится грустным, плаксивым, менее активным, снижается аппетит, нарушается сон, теряет интерес к окружающему, игрушкам. Через два месяца развёрнутая депрессия, перестаёт плакать, не встаёт с постели, часами лежит на животе или в позе эмбриона с открытыми глазами, не обращает внимания на окружающих; безучастен, трудно установить контакт, иногда аутоэротическая активность «Соматовегетативная дисфункция» диспепсия, потеря массы тела, эпизодический подъём температуры, кожные высыпания. Повышается восприимчивость к инфекции. При возвращении матери явление депрессии проходят постепенно, встречается у детей старше года.

Лечение нервно-психических расстройств у детей младшего и раннего возраста медикаментозное лечение не показано. Необходима работа с родителями. Мероприятия, направленные на борьбу с симптомом безуспешны. Если на время с ними удаётся справиться, то вскоре возвращаются в той же или изменённой форме.

при астанических реакциях:

- снизить уровень притязаний родителей к ребёнку, изменить ситуацию;

* понимание и уважение ребёнка, признание его прав на отдых;
* организация его досуга;
* организация оптимального ритма работы.

При невротических реакциях по истерическому типу важно, чтобы ребёнок не получал положительные подкрепления, при их возникновении.

При навязчивоcтях необходимо искать причину тревоги и по возможности устранить её, борьба только с симптомом редко даёт эффект, а часто ухудшает состояние. Если мать постоянно одёргивает ребёнка, грызущего ногти, тревога у него возрастает, а самооценка снижается.

Возможны следующие виды вмешательства:

1. Формы непосредственного воздействия на ребёнка:

* индивидуальная психотерапия;
* индивидуальное или групповое когнитивное или сенсомоторное
стимулирование;
* дневной уход за ребёнком;
* госпитализация;
* помещение в воспитательном учреждении.

2. Форма опосредованного (через родителей) вмешательства:

* индивидуальное или групповое обучение родителей, руководство ими;
* психиатрическое лечение родителей;
* проведение организационных и мероприятий;

3. Формы дуалистического (родитель-ребёнок) воздействия:

* лечение семьи;
* лечение по дневным программам с участием родителей;
* обследование родителей; детей в комплексе, ролевое моделирование,
моделирование с использованием видеоприёмов обратной связи;
* организация по месту жительства семьи.