**Разновидности  неврозов у детей**

**Детская нервность.**Наиболее легкой формой детских неврозов является так называемая детская нервность, по поводу которой родители редко обращаются к врачебной помощи, пока она не переросла в выраженное невротическое состояние. Детская нервность проявляется эмоциональной неустойчивостью, склонностью к слезам и капризам. Последнее далеко не всегда является результатом плохого воспитания, а чаще - - следствием нарушения психологического равновесия ребенка. Иногда при детской нервности имеют место потеря аппетита и расстройства сна. Сон при детской нервности становится беспокойным, прерывистым, с частыми пробуждениями, затрудненным засыпанием и нередко возбуждением перед наступлением сна, причем дети то шалят, то капризничают, то беспричинно плачут. Длительность ночного и дневного сна укорачивается. Детская нервность дифференцируется с церебрастеническим синдромом.

**Невроз страха у детей.**Ночной страх обычно наблюдается в виде приступа в первую половину ночи, проявляется бурно: ребенок вскакивает с криком, мечется, не узнает окружающих; глаза широко раскрыты, зрачки расширены, тело покрыто холодным потом. Придя в себя, ребенок боится оставаться один или засыпает, не приходя в сознание, и утром не помнит, что с ним было. Ночные страхи вызываются кошмарными сновидениями. Содержание последних заимствуется из страшных сказок и рассказов взрослых (особенно если чтение подобных книжек бывает перед сном), иногда из личных переживаний ребенка (запугивание, суровые наказания) и т. д. В связи со слабостью внутреннего торможения у детей возникают и другие формы патологического страха, особенно часто фобии в виде страха темноты и одиночества.

Содержание фобий может заимствоваться из впечатлений ребенка. При запугивании ребенка каким-либо одушевленным или неодушевленным предметом, неправильно применяемых воспитательных мероприятиях развивается болезненный страх именно этого предмета. В некоторых случаях наблюдаются страх за свою жизнь и здоровье. Нередко при фобиях у детей развивается двигательный защитный ритуал в виде простых движений прикосновения к вещам, постукивания, притоптывания. Невроз страха необходимо дифференцировать с шизофренией.

**Невроз навязчивых движений у детей (тик).**Это непроизвольные движения в отдельных группах мышц, по [картине](http://aliexpress.com/ru_home.htm) напоминающие защитную реакцию, направленную на освобождение от неприятных ощущений экстеро- или проприоцептивного характера (мигательные движения, имеющие целью освободиться от яркого света, соринки в глазу, движения в шее как реакция на тесный воротник, движения головой как отрицательный ответ и др.). Иногда дети жалуются, что им «что-то мешает». Однако не всегда удается доказать защитный характер такого движения. По своей локализации наиболее частыми являются тики в различных мышцах лица. Наряду с тиками мышц лица наблюдаются тики мышц конечностей, а также различные респираторные тики: покашливание, кряхтение, придыхание. Как правило, тики появляются не ранее 2—3 лет. Невротические тики необходимо дифференцировать с гинеркинезами при энцефалите и хорее. Тик принадлежит к очень стойким неврозам и требует больших усилий при лечении.

**Заикание у детей как одна из форм невроза.**Заикание - судорога мышц речевого аппарата. Среди неврозов, возникающих в раннем детстве, заикание занимает значительное место. Это связано с тем, что наиболее молодая в эволюционном отношении функция речи является и наиболее хрупкой. Под влиянием любого резкого раздражителя ребенок прежде всего теряет функцию речи. Заикание может быть тоническим или клоническим, чаще отмечается смешанная тонико-клоническая форма. Наряду с основным синдромом заикания у детей наблюдается и ряд общих нарушений психики. Дети обычно легко возбудимы, неустойчивы, многие из них впечатлительны, пугливы, раздражительны, имеют наклонность к страхам.

Длительное напряжение, связанное с тяжелым заиканием, приводит ко вторичным неврастеническим проявлениям. Дети становятся более угрюмыми, озлобленными, пугливыми, неуверенными в себе. У некоторых появляются раздражительность и наклонность к аффективный взрывам. Тяжелая форма заикания мешает детям приспособиться к жизни в коллективе, они становятся более замкнутыми. Течение заикания в значительной степени зависит от своевременности лечения и влияния окружающей ребенка среды и условий воспитания.

**Ночной энурез у детей как одна из форм невроза.**Это ночное недержание мочи. Наиболее часто энурез рассматривается как одно из проявлений невропатической конституции, характеризующейся расстройством в области вегетативной иннервации. Причиной энуреза могут быть и психогенные факторы, часто незначительные (например перемена обстановки при помещении ребенка в ясли или детский сад).

**Неврастения у детей**  - синдром раздражительной слабости, который обусловлен перенапряжением нервной системы в связи с непосильной нагрузкой (непомерные требования к ребенку, перегрузка новыми впечатлениями). При этом синдроме дети становятся раздражительными, плаксивыми, капризными, проявляют наклонность к бурным аффективным разрядам. Повышенная возбудимость ребенка выражается также в непереносимости различных раздражителей, резких звуков, запахов, температурных колебаний. Настроение у этих детей чаще всего подавленное, недовольное, хмурое. Часто отмечается смена настроения без видимых внешних причин. Нередко наблюдаются плохой аппетит, тошнота, рвота, плохой сон, энурез, вазоневротические расстройства в виде обморочных состояний. Течение неврастенических реакций в большинстве случаев благоприятное. Необходимо дифференцировать их с психозами и с начальной формой шизофрении.

**Истерия** — разновидность невроза, которая нередко наблюдается у детей. И. П. Павлов считал характерным для истерии функциональную слабость коры при преобладании подкорковых импульсов и слабость второй сигнальной системы. По данным Г. Е. Сухаревой , при истерии наиболее часто отмечается астазия — абазия, для которой характерна возможность двигать конечностями и при полном отказе от ходьбы и стояния. Следующим по частоте расстройством являются истерические параличи как вялого, так и спастического характера с контрактурами, по обычно без патологических знаков. Наиболее часто встречается параплегия ног. Нередко наблюдаются истерическая слепота (амавроз), истерический блефароспазм.

У детей младшего возраста возможны аффективные вспышки гнева и злобы, заканчивающиеся иногда судорожными состояниями, так называемые аффективно-респираторные судороги, Истерию необходимо дифференцировать с органическими заболеваниями ЦНС (энцефалит, эпилепсия, опухоль мозга). Для истерии характерна «эмаиатация» от тех анатомо-физиологических соотношений, которые характерны для сходных расстройств органического происхождения.

Течение отдельных истерических проявлений всегда зависит от того, насколько удалось устранить причину психической травматизации. При длительных и повторных психических травмах истерические реакции принимают затяжной характер и часто рецидивируют.

**Неврозы с вегетативно-соматическими расстройствами.** У детей младшего возраста наиболее часто встречаются функциональная неустойчивость желудочно-кишечного аппарата — анорексия и привычная рвота. Причиной этих симптомов являются ошибки воспитания, конфликтные ситуации. Реже у детей наблюдаются расстройства дыхания, так называемый нервный кашель. Необходимо дифференцировать с органическими заболеваниями внутренних органов.

**Церебрастенический синдром** возникает после перенесенной [травмы](http://www.austel.ru/zabolev/detskzabolev/travmy-lica-u-rebenka.html), различных инфекций, в особенности после менингитов и энцефалитов, в результате действия токсических факторов, а также пре- и перинатальной патологии (гипоксии, травмы). Этот синдром характеризуется раздражительной слабостью и слабостью активного торможения. Дети становятся раздражительными, возбудимыми, плаксивыми, легко утомляются, быстро истощаются, плохо спят, впечатлительность повышена.

Церебрастенический синдром может проявляться в виде трех клинических вариантов: астеногипердинамических, астеногиподинамических и астеноапатических состояний. В первые 3 года жизни наиболее часто наблюдаются астеногипердинамические состояния. У этих больных, помимо утомляемости, раздражительности, плаксивости, эмоциональной неустойчивости, на первый план выступают явления двигательной расторможенности, суетливости, часто сочетающиеся с нарушением целенаправленности движений, быстрой потерей интереса к играм. Расторможенность значительно затрудняет пребывание детей в коллективе, усиливает неустойчивость их внимания, отвлекаемость. При утомлении двигательная расторможенность у большинства детей принимает более выраженную форму.

При астеногиподинамических состояниях наблюдаются сочетания астенических проявлений в виде повышенной утомляемости, истощаемости при различных физических и психических нагрузках с вялостью, недостаточной двигательной активностью больных. Такие дети обычно медленно включаются в игру или выбирают ту игру, которая не требует напряжения. Движения замедленны, иногда неловки; больные избегают подвижных игр. Постепенно все это приводит к исчезновению жизнерадостности, непосредственности в общении, отходу от детского коллектива. Возникает эмоциональная неустойчивость, проявляющаяся как в смене настроения, некоторой слезливости, так и в сензитивности и ранимости.

Астеноапатические состояния характеризуются безразличным отношением ребенка к окружающему и происходящим событиям на фоне астении. Личностные реакции у этих детей выражены неотчетливо. Снижение побуждений находит отражение и в интеллектуальной деятельности: дети не любознательны, не обладают необходимой интеллектуальной активностью и инициативой. Различные проявления церебрастенического синдрома дифференцируются с неврозами, задержкой темпа психического развития, олигофренией.

**Лечение и профилактика неврозов  у детей**

Лечение и профилактика неврозов  у детей состоят в первую очередь в создании отдыха для нервных клеток. Необходимо строго соблюдать режим питания и сна, следить, чтобы ребенок как можно больше находился на свежем воздухе. Большое значение при лечении неврозов у детей имеет поведение родителей и других окружающих лиц.

Повышенная тревога окружающих, преувеличенная забота и внимание способствуют фиксации симптомов и условно-рефлекторному закреплению болезненного состояния детей. Особенно легко такая фиксация происходит при истерии. Родителям следует доказать необходимость выполнения ребенком лечебных мероприятий, а также элементарных требований, предъявляемых к его поведению. Не следует баловать ребенка на том основании, что он болен.

Необходимо помнить, что при ослаблении нервной системы новые условные рефлексы и вновь образуемые временные связи легко становятся инертными, патологически прочными. Такие симптомы, как отказ от пищи на почве негативизма и тики, быстрее проходят при их игнорировании и прочно фиксируются при обращении на них внимания.

При лечении как острых, так и пролонгиророванных астенических состояний главное заключается в том, чтобы устранить ту тяжелую жизненную ситуацию, которая вызвала патологическую реакцию, и тем самым ликвидировать гнетущий аффект. В тех случаях, когда изменить трудную для ребенка ситуацию не удается, следует на время удалить его из этой обстановки и поместить в учреждение санаторного типа.