РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ

Д. де Масо, Л. Раппопорт

Педиатрия. Под редакцией Дж. Грефа. Пер. сангл. – М., Практика, 1997. – 912 с.

1. Нарушения психического развития и социальной адаптации

А. Школьная неуспеваемость

1. Причины

- Физические недостатки и соматические заболевания.
- Задержка развития, синдром нарушения внимания с гиперактивностью, нарушение способности к обучению (например, из-за дислексии). Задержка развития может не проявляться до тех пор, пока школьные требования не превысят возможностей ребенка.
- Эмоциональные расстройства, в том числе обусловленные неблагополучием в семье и недостатком общения.
- Другие факторы - неблагоприятная атмосфера в школе или в классе, частые пропуски занятий. Неуспеваемость следует отличать от неспособности ребенка соответствовать завышенным требованиям родителей.

2. Обследование и диагностика

а. Полный анамнез составляется со слов родителей и дополняется опросниками (например, опросники Коннора, Ансера). Следует описать:

> 1) внутриутробное развитие, перинатальный период; 2) раннее развитие; 3) характер в детстве; 4) признаки нарушения развития до школы; 5) первые школьные впечатления, нравилось ли ходить в школу; 6) перенесенные заболевания; 7) темпы снижения успеваемости; 8) нарушение внимания.

б. Школьный анамнез составляется со слов родителей и учителей и включает описание успеваемости и поведения в прошлом и в настоящее время.

в. Необходимо полное физикальное исследование, в том числе оценка зрения и слуха.

г. Дополнительные исследования:

- 1) оценка психомоторного развития;
- 2) оценка знаний ребенка с использованием тестов достижений;
- 3) психологическое тестирование:
  - а) стандартизованные тесты для оценки познавательных способностей (например, по векслеровской шкале интеллекта или шкале Мак-Карти);
  - б) проективные тесты;
- 4) психиатрическое обследование;
- 5) наблюдение за ребенком в классе.

3. Лечение

а. Корректируют физические недостатки и лечат заболевания, лежащие в основе школьной неуспеваемости.

б. Совместно с родителями и учителями разрабатывают индивидуальный план обучения. В плане указывают:

- 1) причины и степень отставания, чего необходимо достичь;
- 2) условия обучения (обычная школа, специальная школа, интернат), длительность занятий (количество часов в неделю), число учеников в классе, нужны ли специальные учителя, может ли обучаться с обычными детьми;
- 3) материал, который необходимо освоить;
- 4) лечебная физкультура, трудотерапия, занятия с логопедом, развитие речи и другие виды помощи;
- 5) периодичность и способ оценки достигнутых успехов (заполнение опросников каждые полгода или год);
- 6) план обязательно должен включать следующие разделы:
  - а) план ликвидации отставания;
  - б) план компенсации отставания (например, магнитофонные записи книг, помогающие детям с нарушенной способностью к чтению);
  - в) план повышения самооценки. Важно, чтобы ребенок хоть в чем-нибудь мог добиться успеха. Родителям следует поддерживать увлечения ребенка (спортом, музыкой, рисованием, коллекционированием).

в. Детям с выраженными эмоциональными расстройствами или из неблагополучных семей необходима помощь психолога.

г. При синдроме нарушения внимания с гиперактивностью применяют медикаментозное лечение.

Б. Боязнь школы

1. Этиология. Боязнь школы бывает обусловлена боязнью разлуки с близкими, неприятностями в школе (хулиганы, конфликт с учителем, сложности в освоении учебного материала), боязнью общения.

2. Обследование и диагностика

а. Ребенок предъявляет неопределенные соматические жалобы, часто пропускает занятия. Результаты физикального и лабораторных исследований нормальные.

б. С раннего детства - боязнь разлуки с близкими. в. Длительные пропуски школьных занятий под предлогом болезни.

г. Жалобы на недомогание в воскресенье вечером или в понедельник утром; по праздничным и выходным дням ребенок чувствует себя хорошо.

д. Неприятности в школе, которые могут служить причиной пропуска занятий.

3. Лечение. Чем старше ребенок и чем чаще он пропускает занятия, тем сложнее задача врача.

а. Результаты физикального и лабораторных исследований помогают убедить родителей и самого ребенка в том, что он не страдает соматическим заболеванием. В то же время следует объяснить, что тревожность действительно может вызывать соматические симптомы, из-за которых ребенок чувствует себя нездоровым.

б. Ребенку внушают, что школьные занятия - это его работа, пропускать которую можно только в исключительных случаях.

в. Родителей предупреждают, что при попытке заставить ребенка пойти в школу жалобы могут усилиться.

г. Если ребенка оставили дома из-за болезни, то в тот же день нужно вызвать врача.

д. Совместно с родителями разрабатывают план возвращения к школьным занятиям. Чтобы ребенок привыкал к школе постепенно, используют, например, сокращенный учебный день.

е. Возвращение к учебе можно облегчить, попросив учителей в первые дни предупреждать неприятные для ребенка ситуации.

ж. Детям, продолжающим пропускать занятия, больным с более глубокими психическими расстройствами показана консультация психиатра.

В. Детский аутизм

1. Этиология. Чаще всего детский аутизм возникает при органическом поражении головного мозга.

2. Обследование

а. Характерны глубокие нарушения развития, особенно навыков общения и речи. Дети не испытывают привязанности к близким, примерно у половины нормальная речь так и не развивается. К школьному возрасту больные становятся менее замкнутыми.

б. Типичны гиперкинезы, стереотипные движения, вспышки гнева, страхи.

в. У 75% детей отмечается умственная отсталость.

г. Часто встречаются эпилептические припадки и патологические изменения на ЭЭГ.

д. Детский аутизм наблюдается при фенилкетонурии, фетальном синдроме краснухи, синдроме ломкой Х-хромосомы.

3. Диагноз ставится на основании следующих симптомов.

а. Отчужденность, замкнутость (ребенок не смотрит в глаза собеседнику, не различает людей, не улыбается, избегает физического контакта).

б. Нарушения речи (непонимание, эхолалия, неправильное использование местоимений), затруднение общения.

в. Ритуалы, настойчивое требование однообразия.

г. Начало болезни в возрасте до 30 мес.

4. Лечение

а. Выбор условий воспитания зависит как от уровня развития ребенка, так и от психологической ситуации в семье. Детям необходимы спокойная, доброжелательная обстановка, обучение по специальной программе. Если ребенок неуправляем, опасен для себя и окружающих, его помещают в специальный интернат.

б. Поведенческая терапия способствует развитию навыков общения, формированию приемлемого поведения.

в. Нейролептики (хлорпромазин) эффективны при поведенческих расстройствах и возбуждении, но могут усугубить эпилептические припадки.

г. Прогноз. Чем выше IQ и чем лучше к 5-летнему возрасту развита речь, тем благоприятнее прогноз. Около 60% детей остаются инвалидами, не способными к самостоятельному существованию. В 15% случаев больные испытывают трудности в общении, но приспосабливаются к жизни в обществе. Прогноз для остальных 25% находится между этими двумя крайностями. В любом случае необходимо длительное наблюдение.

Г. Синдром нарушения внимания с гиперактивностью

1. Этиология. Считается, что это состояние обусловлено нарушением обмена медиаторов (норадреналина и дофамина), однако точная причина не установлена. Обязательный признак - невнимательность; гиперактивность наблюдается не всегда.

2. Обследование

а. Собирают полный анамнез (в том числе беседуют с учителями) и проводят тщательное физикальное исследование. Оценивают зрение, слух, психомоторное развитие, уровень образования.

б. Клиническая картина включает невнимательность, гиперактивность, импульсивность, отвлекаемость, неспособность отличать главное и второстепенное, непоследовательность. Часто дети отстают от школьной программы.

в. Дифференциальная диагностика

- 1) Нарушения зрения и слуха.
- 2) Нарушение восприятия и распознавания речи.
- 3) Нарушение способности к обучению.
- 4) Эмоциональные расстройства (депрессия, тревожность).
- 5) Эпилептические припадки (абсансы).
- 6) Нарушения сна.
- 7) Наркомания.
- 8) Умственная отсталость.

г. Для диагностики и оценки результатов лечения применяют опросники (Коннора, Ансера), которые заполняются родителями и учителями.

3. Основные диагностические признаки - недостаточная концентрация внимания, импульсивность, гиперактивность. Диагноз ставят методом исключения, хотя синдром может сочетаться с другими заболеваниями.

4. Лечение

а. Устраняют школьную неуспеваемость.

б. Обучают приемам, позволяющим тренировать внимание, уменьшить отвлекаемость и импульсивность. Иногда полезна поведенческая терапия.

в. Медикаментозное лечение

1) Психостимуляторы эффективны у 75% больных. Результаты терапии лучше всего оценивать со слов учителей (с помощью опросников или по телефону).

а) Метилфенидат. Таблетки по 5, 10, 20 мг и таблетки длительного действия по 20 мг.

б) Дексамфетамин. Таблетки по 5 мг и капсулы длительного действия по 5, 10и 15 мг.

в) Пемолин. Таблетки длительного действия по 18,75 и 37,5 мг.

2) Эффективность различных психостимуляторов варьирует. Поэтому, прежде чем делать вывод о безуспешности лечения, необходимо пробное лечение каждым из них.

3) Чаще всего назначают метилфенидат. Дексамфетамин легче дозировать, так как имеются капсулы длительного действия с разным содержанием препарата. Пемолин выпускают только в таблетках длительного действия.

4) Существует две основные схемы лечения. Преимущества одной схемы лечения перед другой не доказаны.

а) Начинают с низкой дозы, постепенно, каждые 1- 2 нед, увеличивая ее до получения эффекта или до появления побочных эффектов. Результаты терапии оценивают с помощью учителей.

б) Дозу быстро увеличивают до появления побочных эффектов, а затем немного снижают.

5) Побочные эффекты

а) Бессонница и снижение аппетита, обычно преходящие.

б) Замедление физического развития.

в) Усиление тиков. Неясно, вызывают ли психостимуляторы синдром Туретта или они усугубляют имеющееся заболевание. Эти препараты противопоказаны при множественных и сложных тиках.

г) Боль в животе.

д) Психозы возникают редко и исчезают после отмены препарата.

6) Иногда эффективны другие лекарственные средства, например антидепрессанты (имипрамин, дезипрамин).

7) Проспективные исследования показали, что монотерапии психостимуляторами недостаточно. Помимо лекарственных средств лечение должно включать дополнительные учебные занятия и консультативную помощь.

г. Роль диеты Фейнгольда сомнительна.

д. Эффективность таких широко рекламируемых средств, как большие дозы витаминов, Н1-блокаторы, дрожжи, бессахарозная диета, не доказана.

Д. Антисоциальное поведение

1. Этиология. Причиной антисоциального поведения могут быть неправильное воспитание и плохие отношения с родителями.

2. Обследование

а. Характерны лживость, драчливость, прогулы, хулиганство (например, воровство, поджоги).

б. Единичные случаи подобного поведения обычно не вызывают опасений, если учеба и социальная адаптация не нарушены. Так, причиной поджогов, совершаемых детьми 4-7 лет, обычно бывает любопытство; вызывающее поведение подростков чаще всего отражает стремление к независимости и не является антисоциальным.

в. Нередко встречаются неуравновешенность характера, нарушение способности к обучению.

г. Антисоциальному поведению часто сопутствует синдром нарушения внимания с гиперактивностью.

д. За антисоциальным поведением могут скрываться эмоциональные расстройства (например, депрессия).

3. Диагноз ставится в том случае, если ребенок регулярно, в течение по меньшей мере 6 мес совершает поступки, которые нарушают права окружающих либо противоречат соответствующим возрасту нормам поведения.

4. Лечение

а. Профилактика включает беседы с будущими родителями о воспитании детей с трудным характером, групповое обучение родителей. Разработаны программы коррекции поведения для грудных детей.

б. Организуют свободное время детей. Полезно записать ребенка в школьный клуб, технический кружок. На поведение ребенка может повлиять авторитетный взрослый - врач, учитель, священник, - который понимает ребенка и сочувствует ему, но при необходимости может быть жестким и требовательным.

в. Консультация детского психиатра показана, если в основе антисоциального поведения лежат эмоциональные расстройства.

г. Иногда приходится обращаться в суд по делам несовершеннолетних для установления надзора с испытательным сроком. В этом случае обычно нужно заключение психиатра.

д. Если родители не справляются с ребенком, рекомендуется поместить его в специальный интернат.

е. Длительная (более полугода) дружба со сверстниками, нежелание доносить на друзей, проявления внимания к окружающим (не с целью извлечения выгоды), забота о благополучии близких - то есть признаки того, что ребенок ощущает себя членом общества, - свидетельствуют об успехе воспитательных мер и о благоприятном прогнозе.

Е. Алкоголизм и наркомания

1. Этиология. Причины алкоголизма и наркомании обычно кроются в семье: непоследовательный стиль воспитания, жестокое обращение с детьми, пренебрежение родительскими обязанностями. Таким детям свойственны низкая самооценка, чувство неполноценности, враждебность. Определенную роль могут играть генетические факторы и окружение ребенка (например, давление со стороны сверстников).

2. Обследование

а. При сборе анамнеза выясняют, какое наркотическое вещество, в каком количестве и как часто употребляется; имеются ли признаки физической и психической зависимости, алкоголизм и наркомания в семейном анамнезе.

б. Алкоголизм и наркомания часто сопровождаются антисоциальным поведением и прогулами школьных занятий. в. Дети, злоупотребляющие алкоголем и наркотиками, чаще всего делают это для получения удовольствия, а не из любопытства. Нередко используется сразу несколько наркотиков.

3. Диагноз ставят в том случае, если употребление алкоголя и наркотиков продолжается не менее 1 мес и приводит к ухудшению социальной адаптации и учебы.

4. Лечить алкоголизм и наркоманию трудно. Даже если терапия оказалась успешной, впоследствии возможны рецидивы.

а. Крайне важно распознать злоупотребление алкоголем и наркотиками на ранней стадии. Если у ребенка возникают серьезные трудности в семье или в школе, нужно выяснить, нет ли в семье случаев алкоголизма и наркомании. Иногда требуется помощь специалиста по семейному консультированию.

б. Школьные требования не должны превышать возможностей ребенка. Дети с нарушенной способностью к обучению должны учиться по специальной программе.

в. Дети-наркоманы, как правило, трудно сходятся с людьми. Тем не менее нужно попытаться наладить прочные доверительные отношения между ребенком и авторитетным взрослым - врачом, учителем, священником.

г. Существуют программы групповой терапии, например в рамках Общества анонимных алкоголиков.

д. В местных амбулаториях или больницах для наркоманов и больных алкоголизмом проводят детоксикационное лечение.

II. Эмоциональные расстройства

A. Расстройства пищевого поведения

1. Нервная анорексия

а. Этиология. Нервная анорексия наблюдается при различных психических заболеваниях. Чаще всего она встречается у девочек из средних и высших социально-экономических слоев в возрасте 10-30 лет. Течение значительно варьирует. Смертность достигает 5-20%.

б. Обследование

1) Ранние симптомы

- Соблюдение строгой диеты, которое постепенно приводит к значительной потере веса.
- Постоянные мысли о еде, нормальный аппетит.
- Боязнь ожирения, неправильные представления о собственном телосложении.

2) Поздние симптомы

- Потеря самоконтроля.

- Приступы обжорства, после которых больные вызывают у себя рвоту; злоупотребление слабительными и диуретиками; избыточные физические упражнения.

3) Обязательно исключают шизофрению, депрессию, соматические заболевания, вызывающие потерю веса (воспалительные заболевания кишечника, эндокринные нарушения).

4) Физикальное исследование. Обнаруживают гипотермию, артериальную гипотонию, пушковое оволосение, отеки. Возможна первичная или вторичная аменорея. На поздних стадиях отмечаются остеопороз и задержка физического развития.

5) Лабораторные исследования. На поздней стадии заболевания наблюдаются лейкопения, лимфоцитоз, уменьшение СОЭ; снижение активности лактатдегидрогеназы, снижение уровней фибриногена, эстрогенов и Т, в крови; неполное подавление секреции АКТГ и кортизола в пробе с дексаметазоном.

в. Диагноз ставится на основании следующих симптомов:

1) боязнь ожирения, несмотря на снижение веса;

2) неправильные представления о собственном телосложении;

3) стремление похудеть, несмотря на нормальный вес;

4) вес меньше 85% возрастной нормы (по диаграммам физического развития).

г. Лечение

1) При небольшой потере веса бывает достаточно консультаций по правильному питанию.

2) Если снижение веса продолжается, показана консультация психиатра.

3) При амбулаторном лечении больных взвешивают не реже 1 раза в неделю.

4) Показания к госпитализации: тяжелое истощение, нестабильность ЧСС, АД, частоты дыхания и температуры тела, острая дегидратация, нарушения электролитного баланса (например, гипокалиемический алкалоз), неэффективность амбулаторного лечения.

5) Лечение в стационаре

а) При поступлении в стационар с помощью таблиц Фриша рассчитывают минимальный вес, необходимый для восстановления менструаций (вес, при котором менструации восстанавливаются у 10% больных). К полученному результату прибавляют 4,5 кг и получают вес, который нужно набрать в стационаре (R. E. Frisch et al. Hum. Biol. 45:469-483, 1973). б) Больные должны прибавлять в весе на 0,2 кг/сут или на 1,4 кг/нед (ежедневная прибавка веса может варьировать). Исходный вес определяют на следующее утро после поступления в стационар, а при дегидратации - не раньше чем через сутки после поступления.

в) Каждое утро после опорожнения мочевого пузыря определяют вес, ЧСС, АД, температуру тела. В норме температура тела выше 36,1°С,

диастолическое давление выше 60 мм рт. ст., систолическое давление выше 80 мм рт. ст.

г) В первые сутки пребывания в стационаре диета не должна значительно отличаться от домашней.

д) Сразу после госпитализации диетолог определяет количество калорий, которое больная потребляла до поступления в стационар, и количество калорий, необходимое для прибавки веса на 1,4 кг/нед. После этого разрабатывается индивидуальная диета.

е) Если АД и температура тела снижены, показан постельный режим. Если они остаются в пределах нормы спустя 4 ч после госпитализации, разрешается палатный режим. Еще через 4 ч разрешают свободно передвигаться по этажу. Если же АД и температура стабильны в течение 48 ч, физическую активность не ограничивают.

ж) Если прибавка веса меньше ожидаемой, дополнительно назначают жидкие питательные смеси. В перерывах между основными приемами пищи - утром, днем и вечером - под наблюдением врача дают смесь Ensure или Sustacal (500 ккал). Если смесь не съедается в течение 15 мин, ее вводят через назогастральный зонд. Больной объясняют, что дополнительное питание - это обязательная часть лечения, а не замена основных приемов пищи. Если вес возрастает слишком медленно, объем дополнительного питания увеличивают на одну упаковку в сутки до максимальной дозы - 8 упаковок в сутки. В течение часа после дополнительного приема пищи показан постельный режим.

з) В некоторых случаях необходимо парентеральное питание.

и) Мониторинг уровней электролитов в крови позволяет выявить злоупотребление слабительными и стимуляцию рвоты. Чтобы больные не вызвали рвоту, в течение 2 ч после приема пищи их не пускают в туалет.

к) Запоры обычно исчезают после нормализации питания. Иногда показаны смягчающие слабительные.

л) Нейролептики и трициклические антидепрессанты малоэффективны.

м) Перед выпиской выясняют, нуждается ли больной в назначении диеты.

н) Проводят индивидуальную, семейную и групповую психотерапию.

о) В лечении эмоциональных расстройств участвует психиатр.

2. Нервная булимия

а. Этиология неизвестна. Предложено несколько теорий, объясняющих возникновение болезни психологическими или органическими причинами.

б. Обследование

1) Нервная булимия чаще всего возникает у подростков. Течение хроническое с периодическими ремиссиями; нетрудоспособность возникает редко.

2) Исключают нервную анорексию, опухоли ЦНС, синдром Клейне-Левина, синдром Клювера-Бьюси.

в. Диагноз ставят на основании следующих симптомов:

1) повторяющиеся эпизоды быстрого поглощения обильного количества пищи, продолжающиеся около 2 ч (приступы обжорства);

2) осознание неправильности своего поведения, потери контроля над собой;

3) регулярные попытки снизить вес с помощью физических упражнений, вызывания рвоты, употребления слабительных или диуретиков, строгой диеты;

4) чрезмерная озабоченность телосложением и весом;

5) приступы обжорства в среднем повторяются не реже 2 раз в неделю на протяжении по крайней мере 3 мес.

г. Лечение

1) Проводят психотерапию и поведенческую терапию. Рекомендуется консультация психиатра.

2) Устраняют дегидратацию и нарушения электролитного баланса, возникающие вследствие рвоты, применения слабительных и диуретиков.

3) Исследуется применение трициклических антидепрессантов.

3. Ожирение

а. Этиология. В развитии ожирения играют роль социальные, эмоциональные и генетические факторы, физическая активность, а также размер и число жировых клеток.

б. Обследование

1) У детей ожирение чаще всего возникает в возрасте младше 4 лет или от 7 до 11 лет.

2) Ожирение не относится к психическим заболеваниям и не зависит от типа личности. Тем не менее оно нередко сопровождается эмоциональными расстройствами.

3) Первичное ожирение следует отличать от вторичного (при краниофарингиоме, опухолях гипофиза, нарушении функции яичников, синдромах Прадера-Вилли, Лоренса-Муна-Бидля и Кушинга).

в. Диагноз ставят в случае, если вес превышает 20% возрастной нормы.

г. Лечение

1) Ожирение желательно выявлять на ранней стадии и вовремя корректировать диету. Родители не должны успокаивать ребенка кормлением.

2) Успешное лечение невозможно без активного участия больного и семьи. Важные его компоненты - сбалансированная низкокалорийная диета и увеличение физической активности. Наиболее эффективной оказалась поведенческая терапия с положительным подкреплением, направленная на постепенное снижение веса. Применяют и индивидуальную психотерапию.

3) Существуют группы взаимопомощи, объединяющие больных ожирением.

4. Извращенный аппетит

а. Этиология. Предполагаемые причины - дефицит некоторых питательных веществ и неудовлетворенность эмоциональных потребностей.

б. Обследование

1) Извращенный аппетит, как правило, возникает в возрасте от 18 мес до 5 лет: дети едят краску, волосы, грязь и т. п. С извращенным аппетитом не следует путать нормальное стремление грудных детей тащить все в рот.

2) Извращенный аппетит встречается при нарушениях развития, дефиците минеральных веществ (например, железа), детском аутизме, шизофрении, плохом уходе за ребенком.

3) Осложнения: кишечная непроходимость, например вследствие образования трихобезоара (волосяного шара), отравление свинцом, алопеция, гельминтозы.

в. Диагноз ставится на основании регулярного употребления в пищу несъедобных веществ.

г. Лечение

1) Рекомендуется усилить наблюдение за ребенком, уделять ему больше внимания, устранить другие причины извращения аппетита. Если эти меры безуспешны, показана консультация психиатра.

2) Исключают доступ к токсичным веществам (например, краски, содержащие свинец).

3) Иногда эффективна поведенческая терапия с положительным подкреплением.

Б. Навязчивые страхи

1. Этиология. Психоанализ объясняет навязчивый страх перенесением тревоги, обусловленной подсознательным конфликтом, на другой объект. Согласно теории научения, в основе навязчивых страхов лежит классический условный рефлекс: раздражитель, вызывающий страх, появляется в сочетании с нейтральным раздражителем, впоследствии нейтральный раздражитель сам по себе начинает провоцировать страх.

2. Обследование

а. Чаще всего встречаются боязнь животных, насекомых, темноты, шума и смерти. У детей младшего возраста страхи встречаются довольно часто и впоследствии исчезают без вмешательства.

б. Боязнь школы появляется при поступлении в школу и в раннем подростковом возрасте.

в. Боязнь общения и боязнь открытого пространства возникают в позднем подростковом возрасте. В последнем случае в анамнезе часто имеется боязнь школы.

г. В возникновении страхов у детей существенную роль играет тревожность родителей.

3. Диагностика. Навязчивым страхом называется устойчивая необъяснимая боязнь предмета, явления, вида деятельности или ситуации. Страх и связанное с ним избегание источника страха

вызывают сильные переживания, препятствуют нормальному общению и учебе.

4. Лечение

а. Успокаивающая беседа с родителями ослабляет их тревогу, уменьшая таким образом и тревогу ребенка.

б. Если страх мешает повседневной жизни, рекомендуется консультация психиатра.

в. При простых страхах методом выбора служит поведенческая терапия. Для лечения сложных страхов, как правило, требуется изменение окружающей обстановки в сочетании с поведенческой терапией и индивидуальной или групповой психотерапией.

г. Боязнь открытого пространства, проявляющаяся отдельными приступами тревожности, поддается лечению антидепрессантами.

В. Депрессия

1. Этиология. В возникновении депрессии играют роль как биологические, так и социальные факторы.

2. Обследование

а. Выясняют эмоциональное состояние ребенка, задавая вопросы типа: “Тебе бывает очень грустно?”, “Часто ли ты плачешь?” и т. д. Оценивают тяжесть, частоту и условия возникновения депрессивных переживаний. Выясняют, нет ли у ребенка мыслей о самоубийстве, например: “Ты когда-нибудь хотел поранить себя?” Такие вопросы не подталкивают ребенка к самоубийству, а наоборот, смягчают его переживания и облегчают терапевтическое вмешательство.

б. При сборе анамнеза обращают внимание на неблагополучие в семье, соматические заболевания, антисоциальное поведение, боязнь школы, школьную неуспеваемость, нарушения сна, утрату близких. Желательно получить сведения из разных источников - от ребенка, родителей, учителей: родители, например, могут и не подозревать о депрессии у ребенка. в. Депрессия у ребенка часто обусловлена депрессией у родителей.

г. У детей часто ухудшается настроение, что в целом не влияет на поведение.

д. Причинами сниженного настроения бывают инфекционные заболевания (например, грипп), гипотиреоз, применение некоторых лекарственных средств.

3. Диагноз ставится на основании следующих симптомов.

а. Продолжительное выраженное снижение настроения (печаль, уныние, подавленность, постоянно грустное выражение лица) либо отсутствие интереса ко всем видам деятельности и неспособность испытывать удовольствие от них в сочетании с тремя или более из перечисленных ниже признаков:

1) бессонница или постоянная сонливость:

2) анорексия и похудание либо повышенный аппетит и увеличение веса:

3) бездеятельность или постоянная усталость:

4) ощущение собственной неполноценности и бесполезности;

5) снижение работоспособности в школе и дома:

6) нарушение внимания, неспособность сосредоточиться, четко мыслить;

7) стремление отгородиться от окружающих, нежелание встречаться и разговаривать:

8) обида и раздражение по отношению к родителям или воспитателям;

9) неспособность получать удовольствие от похвалы или награды;

10) пессимистическая оценка будущего или тягостные размышления о прошлом:

11) плаксивость;

12) утренняя разбитость (усталость, недомогание, сонливость, раздражительность), исчезающая через несколько минут или часов;

13) мысли о смерти, самоубийстве.

б. Перечисленные симптомы должны наблюдаться ежедневно по крайней мере в течение 2 нед.

4. Лечение

а. Необходимы ободрение и поддержка. Можно попытаться повлиять на обстановку в семье, иногда полезно поменять школу.

б. При стойкой депрессии рекомендуется консультация психиатра.

в. Антидепрессанты, как правило, помогают. Одновременно продолжают психотерапию. Вероятность успеха медикаментозного лечения особенно высока при нарушениях сна и суточных колебаниях настроения.

Г. Тревожность

1. Этиология. Причиной тревожности могут быть особенности характера, длительный стресс или то и другое вместе.

2. Обследование

а. При сборе анамнеза выясняют, что именно беспокоит больного.

б. Тревожность провоцируют завышенные требования к ребенку дома или в школе, неуверенность в себе.

в. Дети склонны к несчастным случаям, выглядят слишком взрослыми, трудно засыпают, излишне озабочены тем, что думают о них окружающие.

г. В возникновении тревожности немаловажную роль играет тревожность родителей.

д. Предметом беспокойства бывает разлука с близкими.

3. Диагностика. Основной диагностический признак - стойкая тревожность, длящаяся не менее 1 мес и проявляющаяся по крайней мере четырьмя из перечисленных ниже симптомов.

а. Необоснованное беспокойство о будущем.

б. Постоянные размышления о своем поведении в прошлом.

в. Чрезмерная озабоченность своими достижениями (например, в школе, в спорте, в общении).

г. Необоснованные соматические жалобы (головная боль, боль в животе).

д. Потребность в утешении.

е. Застенчивость.

ж. Ощущение напряжения и неспособность расслабиться; дрожь, беспокойство.

з. Вегетативные нарушения: учащение пульса и дыхания в покое, потливость, сердцебиение, сухость во рту, понос.

4. Лечение

а. Иногда помогают поддержка, утешение, беседы с ребенком и родителями. Если же тревожность сохраняется, мешая учебе и общению с родителями или сверстниками, рекомендуется консультация психиатра.

б. При острой тревожности назначают бензодиазепины, гидроксизин или дифенгидрамин.

в. Детей старше 7 лет можно обучить методам релаксации и медитации. Рекомендуется заниматься 2 раза в сутки. Ниже представлены примерные инструкции (врач должен продемонстрировать их исполнение):

- 1) выбери тихое и удобное для отдыха место;
- 2) закрой глаза и постарайся ни о чем не думать;
- 3) постепенно расслабляй голову, шею и плечи;
- 4) дыши спокойно, после вдоха медленно выдыхай и представляй, что расслабленность и покой разливаются по всему телу до кончиков пальцев рук и ног;
- 5) после каждого выдоха повторяй какое-нибудь слово (например, “покой”, “расслабление”) и почувствуй расслабленность;
- 6) продолжай концентрировать внимание на повторении слова и расслабляйся в течение 5-10 мин.

Д. Конверсионные расстройства

1. Этиология. Психоанализ объясняет конверсионные расстройства вытеснением тревоги из сознания и преобразованием (конверсией) ее в соматические симптомы.

2. Обследование

а. Наиболее частые соматические проявления - двигательные расстройства и нарушения чувствительности.

б. В анамнезе могут быть сведения о соматических симптомах неясного происхождения и конверсионных реакциях.

в. Выявление соматического заболевания не исключает диагноз конверсионного расстройства.

г. Появлению соматических симптомов часто предшествует эмоциональный стресс или общение с человеком, имеющим сходные симптомы.

д. Дифференциальная диагностика включает системную красную волчанку и рассеянный склероз.

3. Диагностика

а. Ведущий симптом - нарушение функции какого-либо органа, заставляющее предполагать соматическое заболевание.

б. Симптомы возникают помимо воли больного; их нельзя объяснить известными патофизиологическими механизмами.

в. Свидетельства психогенной природы заболевания:

- соматические симптомы возникают после эмоционального стресса;
- болезнь позволяет ребенку уклоняться от неприятной деятельности либо получать поддержку окружающих, не достижимую иными способами.

4. Лечение

а. Рекомендуется консультация психиатра. Эффективны психотерапия, внушение, гипноз, изменение обстановки.

б. Родителей убеждают в том, что ребенок не страдает тяжелым заболеванием.

в. В 10-30% случаев болезнь, которую рассматривали как конверсионное расстройство, оказывается соматическим заболеванием, поэтому ребенок должен находиться под наблюдением педиатра.

III. Психосоматические расстройства

A. Психогенная задержка физического развития

1. Этиология. К факторам риска относятся “трудный” характер, разлука с родителями, плохие взаимоотношения с родителями, эмоциональный стресс. В основе заболевания лежит не какая-либо одна причина, органическая или функциональная, а сочетание социальных, психологических и физиологических факторов.

2. Обследование

а. На основании анамнеза и физикального исследования исключают органические причины задержки физического развития, которые можно заподозрить при врожденных аномалиях, внутриутробной задержке развития, недоношенности, соматических заболеваниях. Нередко отмечаются смешанные, органические и функциональные, нарушения.

б. Выясняют динамику физического развития, анализируя данные об изменении веса, роста и окружности головы. Как правило, отставание в весе предшествует отставанию в росте и в окружности головы. Недоношенные с весом, соответствующим гестационному возрасту, развиваются нормально. Для недоношенных в диаграммы роста и веса вносят поправки до 2-летнего возраста.

Примерно у 35% детей с внутриутробной задержкой развития показатели физического развития в возрасте 4 лет оказываются ниже 5-го процентиля.

в. Выясняют качество ухода за ребенком. Задержка физического развития часто встречается в бедных, неблагополучных семьях: при депрессии у родителей, недостатке общения и при утрате родителей.

г. Причины задержки физического развития могут крыться в отношениях между ребенком и родителями. Поэтому следует понаблюдать за ними в различных ситуациях (в том числе при кормлении).

д. Оценивают психическое развитие (в том числе общительность).

е. Быстрое увеличение веса сразу после госпитализации свидетельствует в пользу психогенной задержки физического развития, хотя отсутствие прибавки веса не означает, что ребенок страдает органическим заболеванием.

3. Для постановки диагноза необходимо доказать, что причиной задержки физического развития служат отказ от пищи или крайняя привередливость в еде, обусловленные плохими взаимоотношениями с родителями (от полной заброшенности ребенка до чрезмерной опеки).

4. Лечение

а. Лечат истощение и сопутствующие заболевания. Исключают анемию и отравление свинцом.

б. Устраняют причины задержки физического развития. К выявлению и устранению этих причин нужно активно привлекать родителей.

в. Иногда достаточно улучшить уход за ребенком. В других случаях неадекватные реакции на пищу и кормление поддаются поведенческой или семейной терапии.

г. Используют специальные программы развития грудных детей.

д. Детям с задержкой физического развития необходимо длительное наблюдение, позволяющее выявить поведенческие расстройства, школьную неуспеваемость, задержку развития познавательных способностей.

Б. Недержание кала

1. Этиология

а. Хронический запор с сопутствующим недержанием кала, обусловленным нарушением функции внутреннего сфинктера заднего прохода.

б. Эмоциональный стресс.

в. Болезнь Гиршепрунга.

г. Неврологические расстройства, в том числе поражение спинного мозга, вегетативные нарушения, эпилептические припадки, нервно-мышечные заболевания (врожденная амиотония и церебральный паралич).

д. Органические заболевания, вызывающие хронический запор (например, гипотиреоз).

2. Обследование

а. В большинстве случаев для исключения органических причин достаточно анамнеза и физикального исследования. Ночное недержание кала встречается редко и свидетельствует в пользу эмоциональных или неврологических нарушений. При подозрении на неврологические или нервно-мышечные заболевания показано неврологическое обследование и оценка мышечного тонуса. При запоре пальпируют живот и проводят ректальное исследование.

б. Лабораторные исследования требуются в том случае, если анамнез и физикальное исследование заставляют предполагать органическую причину недержания кала (гипотиреоз, гиперкальциемия, дефицит дисахаридаз, нарушение всасывания).

в. Обзорная рентгенограмма брюшной полости позволяет выявить каловые массы в кишечнике при запорах.

г. При подозрении на болезнь Гиршепрунга проводят ректальную манометрию или биопсию прямой кишки.

д. Девочкам проводят анализ и посев мочи, поскольку недержание кала у них нередко сопровождается инфекциями мочевых путей.

3. Диагноз ставят при регулярном обнаружении кала на нижнем белье детей старше 4 лет. Если непроизвольное выделение кала наблюдалось всегда, недержание кала считают первичным; если же в прошлом на протяжении по крайней мере 6 мес ребенку удавалось контролировать опорожнение кишечника, диагностируют вторичное недержание кала.

4. Лечение

а. Обучение. Объясняют, что ребенок не виноват в своей болезни, и раскрывают ее физиологические причины - растяжение, потеря чувствительности и снижение тонуса толстой кишки. Показана консультация психиатра или психолога.

б. Чтобы облегчить приучение к регулярному опорожнению кишечника, обеспечивают свободный доступ к туалету, уединенность; маленьким детям необходимо сиденье с опорой для ног.

в. При запоре очищают кишечник с помощью слабительных. Ниже представлены рекомендации для ребенка 7 лет (для детей другого возраста схему лечения корректируют).

1) После предварительного обучения терапию проводят в домашних условиях. При тяжелом и умеренном запоре проводят 3-4 следующих цикла (общая длительность лечения - 9-12 сут):

- первые сутки: клизмы с фосфатом натрия (одноразовые клизмы, взрослая доза);
- вторые сутки: бисакодил в ректальных свечах;
- третьи сутки: бисакодил в таблетках (1 таблетка). В последнее время используют также раствор, содержащий полиэтиленгликоль и электролиты. Начальная доза - 40 мл/кг внутрь в течение 6 ч. При необходимости дозу и длительность лечения увеличивают.

2) Если рекомендации не соблюдаются или родители не могут сами ставить клизмы, показана госпитализация. В стационаре назначают следующее лечение:

- клизмы с физиологическим раствором (750 мл для ребенка 7 лет) 2 раза в сутки в течение 3-7 сут;
- бисакодил в ректальных свечах 2 раза в сутки в течение 3-7 сут;
- посещение туалета (в течение 15 мин) после каждого приема пищи.

г. Поддерживающее лечение направлено на выработку привычки к регулярному опорожнению кишечника. Во время лечения возможны рецидивы, поэтому нужно внимательно наблюдать за ребенком и ободрять его. Дозу лекарственных средств подбирают индивидуально, добиваясь эффекта.

1) Назначают минеральное масло (не менее 2 столовых ложек) или другое размягчающее слабительное (например, докузат натрия) 2 раза в сутки в течение 4-6 мес. Светлое минеральное масло, как правило, лучше переносится, чем обычное. Детям младше 5 лет минеральное масло не рекомендуется из-за риска аспирации при рвоте. Если его все же применяют, то добавляют в пищу (например, в йогурт), но ни в коем случае не дают в бутылочке.

2) В тяжелых случаях и при рецидивах дополнительно назначают средства, усиливающие перистальтику кишечника (сенну или дантрон). Препарат принимают в перерывах между приемами минерального масла ежедневно в течение 2-3 нед, а затем через день в течение 1 мес. Рецидивы излечиваются быстрее.

3) Ребенок должен сидеть на горшке по 5 мин 2 раза в сутки в одно и то же время (обычно после еды). Опорожнение кишечника поощряется (положительное подкрепление).

4) В перерывах между приемами минерального масла можно давать поливитамины (2 раза в сутки).

5) В рацион включают грубую пищу, например, отруби.

д. За ребенком длительно наблюдают. Сначала визиты к врачу повторяют каждые 4-8 нед. Родители должны иметь возможность связаться с врачом по телефону для уточнения дозы лекарственных средств.

е. Родителей и ребенка предупреждают о возможности рецидивов. Признаки рецидива - вытекание минерального масла из прямой кишки, боль в животе, урежение стула, следы кала на нижнем белье. Родители не должны стыдить и наказывать ребенка.

ж. При упорном недержании кала рекомендуются методы биологической обратной связи.

В. Недержание мочи

Наблюдается преимущественно у мальчиков; его частота повышена у детей, чьи родственники страдали недержанием мочи. К 5 годам дневное недержание мочи отмечается примерно у 8% детей, ночное - у 20%. К 12 годам частота ночного недержания мочи снижается до 5%.

1. Этиология

а. Органические причины включают аномалии строения мочевых путей и половых органов (например, эктопия мочеточника), инфекции мочевых путей, сахарный и несахарный диабет, неврологические расстройства.

б. Функциональные причины

1) **Дневное недержание мочи**

а) Синдром гиперреактивного мочевого пузыря (наиболее распространенная причина недержания мочи) характеризуется внезапным возникновением позыва к мочеиспусканию.

б) Мочеиспускание при смехе - внезапное непроизвольное опорожнение мочевого пузыря во время смеха. В других ситуациях такие дети контролируют мочеиспускание. Мочеиспускание при смехе обычно наблюдается у девочек.

в) Влагалищный рефлюкс - попадание мочи во влагалище с последующим истечением на нижнее белье. Чаще всего встречается у девочек с ожирением.

2) **Ночное недержание мочи**. Этиология неясна, предполагается что в основе его лежит несколько причин:

а) генетические (если недержанием мочи страдал один из родителей, вероятность недержания мочи у ребенка равна 40%; если недержанием мочи страдали оба родителя, эта вероятность достигает 70%);

б) особенности сна (дети с недержанием мочи трудно просыпаются, хотя циклы сна у них не нарушены);

в) сниженная функциональная емкость мочевого пузыря (позыв к мочеиспусканию возникает при меньшем, чем у здоровых детей, объеме мочи в мочевом пузыре); в норме емкость мочевого пузыря составляет 10 мл/кг, у взрослых - 350-500 мл;

г) незрелость механизмов регуляции мочеиспускания;

д) уменьшение секреции АДГ ночью;

е) запор (усиливает недержание мочи, снижая функциональную емкость мочевого пузыря);

ж) эмоциональный стресс.

2. Обследование и диагностика

а. При сборе анамнеза выясняют время появления и частоту непроизвольного мочеиспускания ночью и днем, число случаев ночного недержания мочи в неделю, интервалы между непроизвольными мочеиспусканиями, особенности струи при мочеиспускании; сведения о нарушениях сна (включая храп), дизурии, полиурии, приеме лекарственных средств, недержании мочи в семейном анамнезе. Отмечают, усиливается ли недержание мочи при эмоциональном стрессе, предпринимались ли попытки приучить ребенка к горшку; каково отношение родителей и ребенка к заболеванию, влияние болезни на общение с окружающими и причины обращения родителей к врачу.

б. Данные физикального исследования в большинстве случаев нормальные. Обязательно измеряют рост, вес и АД; осматривают наружные половые органы (обращая внимание на расположение наружного отверстия мочеиспускательного канала). Пальпируют живот, выявляя увеличение мочевого пузыря и каловые массы, обращают внимание на болезненность в области живота или реберно-позвоночного угла. Для диагностики анатомических или неврологических дефектов оценивают способность произвольно начинать и приостанавливать мочеиспускание, наблюдая за струей мочи. Исключают заболевания позвоночника. Оценивают мышечную силу, тонус, сухожильные рефлексы и чувствительность ног (изменение этих параметров может указывать на нарушение иннервации мочевого пузыря). Измеряют функциональную емкость мочевого пузыря.

в. Лабораторные и инструментальные исследования

1) Обязателен анализ мочи. У девочек, а иногда и у мальчиков проводят посев мочи.

2) При подозрении на анатомические дефекты, повторные инфекции мочевых путей или объемное образование в брюшной полости показано рентгенологическое исследование.

3) При подозрении на заболевание почек определяют уровни АМК и креатинина в крови, а также СКФ.

4) Изредка требуются цистоскопия и цистометрография.

5) Если предполагаются эпилептические припадки, проводят ЭЭГ.

6) Иногда показана сомнография (непрерывная запись ЭЭГ и ряда других показателей, например ЭКГ, пневмограммы, в течение сна).

3. Лечение

а. При недержании мочи, обусловленном органическими причинами, лечат основное заболевание.

б. Сведения о лечении функционального недержания мочи противоречивы. В любом случае нужно устранить чувство вины или стыда у ребенка, сгладить напряженность в его отношениях с родителями, объяснить, что недержание мочи встречается у многих детей. Желательно, чтобы ребенок активно участвовал в лечении и приучался к уходу за собой.

1) Во многих случаях, особенно детям младшего возраста, достаточно моральной поддержки.

2) Излечению способствуют доступность туалета в школе в любой момент, возможность уединиться, освещение туалета ночью.

3) Один из наиболее эффективных методов, основанных на принципе обусловливания, - использование простых в употреблении датчиков с сигналом, который будит ребенка. Датчик прикрепляют к нижнему белью. Эффективность метода - 60-70%, вероятность рецидива низка.

4) В ряде случаев эффективна другая форма поведенческой терапии, когда разрабатывается система поощрений за умение контролировать мочеиспускание. Устанавливают четкий режим опорожнения мочевого пузыря (обычно с применением обусловливающего сигнала).

5) Полезны упражнения на растяжение и увеличение емкости мочевого пузыря: раз в сутки ребенка просят как можно дольше не мочиться.

6) Медикаментозное лечение

а) Имипрамин снижает частоту непроизвольных мочеиспусканий у 60% детей. Препарат особенно удобен для кратковременного устранения ночного недержания мочи: для того, чтобы остаться на ночь в гостях, посетить летний лагерь и т. д. В некоторых случаях наступает полное излечение.

i) Доза составляет 1 мг/кг внутрь за 1 ч до сна (15- 25 мг у детей младше 12 лет, 50 мг у детей старше 12 лет). Если через 10-14 сут результат отсутствует, дозу увеличивают до максимальной - 50 мг у детей младше 12 лет и 75 мг у детей старше 12 лет.

ii) Курс лечения не должен превышать 4 мес. Эффективность терапии повышается, если препарат отменяют постепенно, в течение 4-6 нед. После отмены в 60% случаев возникают рецидивы.

iii) К побочным эффектам относятся колебания настроения, нарушения сна и желудочно-кишечные расстройства. При передозировке могут возникнуть угрожающие жизни сердечные аритмии, поэтому имипрамин применяют только под наблюдением врача.

б) Десмопрессин - синтетический аналог АДГ - усиливает реабсорбцию воды в дистальных почечных канальцах, уменьшая объем и увеличивая концентрацию мочи. Десмопрессин приводит к улучшению у 60% детей, но после отмены препарата у 80% из них отмечаются рецидивы. Поэтому, как и имипрамин, десмопрессин лучше всего подходит для достижения кратковременного эффекта.

i) Десмопрессин вводят интраназально, начальная доза - 20 мкг (по 1 вдоху в каждую ноздрю). Еженедельно дозу увеличивают на 10 мкг до максимальной - 40 мкг. Продолжительность действия препарата -12 ч.

ii) Курс лечения обычно составляет 12 нед, однако в некоторых исследованиях десмопрессин применяли дольше. Препарат отменяют, сокращая дозу на один вдох (10 мкг) каждые 2 нед.

iii) Побочные эффекты - головная боль, боль в животе, тошнота, раздражение слизистой носа. Препарат противопоказан при артериальной гипертонии и болезнях сердца.

7) В случае рецидива родители не должны наказывать или обвинять ребенка.

Г. Нарушения сна

1. Нарушения пробуждения относятся к парасомниям и включают спутанность при пробуждении, снохождение и ночные страхи.

а. Этиология неясна. Нередко подобные расстройства имеются у родственников. Нарушения пробуждения наблюдаются в первой трети ночи при переходе от глубоких (3 или 4) фаз медленного сна к следующей фазе. Ребенок дезориентирован, не реагирует на окружающих. Отмечаются тахикардия, потливость, расширение зрачков, а впоследствии - ретроградная амнезия происшедшего.

б. Обследование и диагностика

1) Спутанность при пробуждении обычно встречается у детей младше 3 лет. Она проявляется беспричинным плачем или метанием в кроватке. Ребенок выглядит растерянным или возбужденным. Возможны голосовые (произносит слова, плачет или кричит), двигательные (мечется в кроватке, ходит кругами по комнате) и вегетативные проявления.

2) Снохождение хотя бы раз в жизни наблюдается у 15- 30% здоровых детей (наиболее часто - в возрасте 6-12 лет), у 2-3% оно повторяется. При этом ребенок спокойно ходит по дому, но иногда ведет себя необычно - например, мочится на пол. В большинстве случаев снохождение исчезает к 15 годам.

3) Ночные страхи характерны для 5-7-летних детей, их распространенность составляет примерно 3%. Обычно приступ начинается с сильного крика, сопровождающегося выраженными вегетативными проявлениями. Ребенок выглядит испуганным, иногда мечется по комнате, как будто убегая от опасности. Попытки успокоить еще больше пугают его. Продолжительность эпизодов - до 45 мин. Ночные страхи следует отличать от ночных кошмаров.

	Ночные страхи	Ночные кошмары
Стадия сна	Быстрый сон	Медленный сон
Время возникновения	Первая треть ночи	С середины до последней трети ночи
Пробуждение	Нельзя разбудить	Легко разбудить
Амнезия	Есть	Нет
Семейный анамнез	Ночные страхи	Ночных кошмаров нет
Возвращение ко сну	Легкое	Трудное

в. Лечение. Нарушения пробуждения не требуют лечения. Достаточно успокоить родителей и дать им советы.

1) Желательно избегать провоцирующих воздействий (стресс, усталость, заболевания).

2) Полезно нормализовать режим сна, что позволит ребенку высыпаться.

3) Во время приступа нельзя пытаться удерживать ребенка.

4) Чтобы предотвратить травму при снохождении, устанавливают жалюзи на окнах, сигнальные устройства на дверях.

5) Если во время приступов возникает опасность для ребенка или окружающих, показано медикаментозное лечение (бензодиазепины или трициклические антидепрессанты) и методы релаксации.

6) Можно будить ребенка незадолго до ожидаемого приступа.

7) При атипичных парасомниях (возникают рано утром, сочетаются с тонико-клоническими судорогами в анамнезе и т. д.) исключают ночные эпилептические припадки.

2. Нарушения засыпания и нарушения поддержания сна часто встречаются у детей младшего возраста.

а. Этиология

1) Особые условия засыпания: дети привыкают засыпать в определенных условиях и в дальнейшем не могут без них обойтись. Примерами могут служить укачивание, кормление, сосание соски, без которых проснувшийся ребенок не может уснуть. Другой пример - засыпание в кровати родителей: проснувшись в собственной кроватке, ребенок не может заснуть из-за непривычной обстановки.

2) Кормление по ночам способствует ночным пробуждениям, поскольку ребенок чаще мочится и привыкает есть ночью. Большинство здоровых доношенных детей к возрасту 5-6 мес спят всю ночь без кормлений.

3) Неправильный режим дня (нерегулярный сон в дневные часы, отсутствие четкого времени отхода ко сну и пробуждения) тоже приводит к нарушениям сна.

4) Сон может нарушаться из-за недостаточно строгого или непоследовательного ограничения активности ребенка при отходе ко сну.

б. Обследование и диагностика

1) Подробно выясняют режим сна в будни и по выходным (в том числе время отхода ко сну), условия засыпания (где и в чьем присутствии засыпает ребенок).

2) Исключают другие причины нарушений сна (например, разлад в семье, депрессию у матери).

3) Проводят физикальное исследование.

в. Лечение

1) Родителям объясняют причины нарушений сна и важность соблюдения режима дня.

2) Обсуждают, как изменить условия засыпания: например, укладывать ребенка в кроватку в бодрствующем или в полусонном состоянии, не укачивая; ввести строгий режим отхода со сну и пробуждения; прекратить ночные кормления.

3) Если причина нарушений сна - частые кормления, можно постепенно, в течение 7-10 ночей, сократить количество пищи либо уменьшить продолжительность ночного кормления,

4) Родители должны ограничивать активность ребенка при отходе ко сну, например закрывать дверь в его комнату. С 3--4-летнего возраста можно применять поведенческую терапию с положительным подкреплением.

5) В ходе лечения врач должен поддерживать тесный контакт с семьей (при встречах и по телефону).

3. Нарколепсия характеризуется дневной сонливостью и нарушением медленного сна. Как правило, заболевание начинается в возрасте 15-35 лет, реже- до пубертатного периода. Мужчины и женщины болеют с одинаковой частотой; распространенность заболевания в США колеблется от 1:1000 до 1:10000.

а. Этиология неясна. Отмечается связь нарколепсии с HLA класса II, расположенными на 6-й хромосоме. Так, среди больных нарколепсией DR2-антиген выявляют в 85% случаев, а у здоровых людей - лишь в 25%.

б. Обследование и диагностика

1) Наблюдаются один или несколько из следующих признаков:

а) дневная сонливость, в основном проявляющаяся, когда больной сидит (у детей этот симптом встречается чаще других);

б) каталлексия - внезапное снижение мышечного тонуса при возбуждении или волнении;

в) гипнагогические галлюцинации - зрительные или слуховые галлюцинации, возникающие в момент засыпания или пробуждения;

г) сонный паралич - паралич, возникающий в момент засыпания или пробуждения (дыхательные мышцы не вовлекаются);

д) все симптомы встречаются примерно у 10% больных. Чаще других наблюдаются дневная сонливость и каталлексия.

2) В первые 10 мин после засыпания наступает медленный сон.

3) Основной метод диагностики - тест на засыпание: несколько раз в день ребенка укладывают спать и регистрируют ЭЭГ. При нарколепсии больной засыпает менее чем через 5 мин, а на ЭЭГ регистрируется медленный сон сразу после засыпания. Накануне исследования рекомендуется провести сомнографию в течение всей ночи, чтобы выявить отсутствие медленного сна, исключить обструктивные апноэ во сне и ночные эпилептические припадки, при которых тоже наблюдается повышенная дневная сонливость.

в. Лечение

1) Поскольку нарколепсия не излечивается и, как правило. требует врачебного вмешательства, больного направляют к специалисту.

а) При дневной сонливости эффективны психостимуляторы.

б) Для предупреждения гипнагогических галлюцинаций, сонного паралича и каталлексии на ночь назначают трициклические антидепрессанты.

2) Вне зависимости от того, принимает ли больной лекарственные средства, рекомендуется регулярный сон несколько раз в день по 20-30 мин, способствующий бодрствованию в течение дня.

3) Родителям и учителям разъясняют основные вопросы, касающиеся нарколепсии.

4) Необходимо следить за ребенком, когда он плавает, а за подростком - и когда он ведет автомобиль.

4. Синдром обструктивных апноэ во сне характеризуется частыми приступами апноэ (обструктивными или смешанными), которые возникают во время сна и сопровождаются очень громким храпом или дневной сонливостью.

а. Этиология неясна. Возможно, апноэ возникают вследствие сочетания анатомических нарушений (увеличение миндалин или аденоидов, синдром Робена) и заболеваний ЦНС.

б. Обследование и диагностика

1) Анамнез

а) Дневная сонливость.

б) Громкий перемежающийся храп и многочисленные апноэ во сне.

в) Недержание мочи.

г) Школьная неуспеваемость.

д) Короткие периоды дневного сна, не снижающие сонливость.

Диагностику облегчает магнитофонная запись, сделанная во время сна.

2) Физикальное исследование. Если данные анамнеза заставляют заподозрить обструктивные апноэ во сне, показано исследование верхних дыхательных путей и уха (в том числе отоларингологическое и рентгенологическое).

3) ЭКГ дает возможность выявить гипертрофию правого желудочка, легочное сердце и аритмии.

4) Проводят сомнографию с обязательной регистрацией ЭКГ, пневмограммы и pO2.

в. Лечение

1) Седативные средства не применяют, поскольку они провоцируют апноэ.

2) Результаты хирургического лечения обструкции верхних дыхательных путей (удаление аденоидов, миндалин) варьируют. После операции обязателен мониторинг в реанимационном отделении до тех пор, пока дыхание полностью не нормализуется.

3) Иногда при апноэ применяют трахеостомию.

4) При ожирении полезно снижение веса.

5) Вопрос о применении лекарственных средств остается спорным.

Д. Психические последствия соматических заболеваний

1. Хроническое заболевание у ребенка - это тяжелая психическая травма для всей семьи. Психологическая реакция больного и членов семьи проходит ряд последовательных стадий.

а. **Шок и неверие**. Наблюдаются регрессивное поведение, необоснованные страхи, отрицание болезни; продолжительность стадии - от нескольких недель до нескольких месяцев.

б. **Протест и страдание**. Возможны чувство вины, депрессия, гнев, печаль, оплакивание утраченного здоровья и разбитых надежд. Дети младшего возраста нередко воспринимают болезнь как наказание за плохое поведение, ожесточаются при столкновении с вызванными ею ограничениями или с лечением. Подростки боятся стать беспомощными или “не такими, как все”, винят во всем родителей или врачей.

в. **Восстановление**. На этой стадии ребенок смиряется с ограничениями, которые вызывает заболевание. Нормализуются поведение и взаимоотношения с окружающими; появляется вера в свои силы. Отрицание болезни сочетается с построением планов на будущее. Семья тоже приспосабливается к новым условиям.

Тем не менее дети с хроническими заболеваниями чаще. чем здоровые, страдают эмоциональными расстройствами.

2. **Обследование**

а. При сборе анамнеза обращают внимание на недостаточную способность к адаптации до болезни (школьная неуспеваемость, плохие отношения со сверстниками), разлад в семье.

б. К дезадаптивным реакциям относятся чрезмерная зависимость, непослушание, тревожность, агрессивность, замкнутость. У родителей возможны избыточные опека и снисходительность или отвержение и обвинение ребенка.

3. **Лечение**

а. Доверительные отношения с семьей больного способствуют ослаблению тревожности и отчаяния.

б. Врач должен ясно и правдиво объяснить ребенку и родителям диагноз, прогноз и программу лечения. В большинстве случаев требуются повторные разъяснения, особенно в период установления диагноза.

в. Братья и сестры больного нередко испытывают чувство вины или обиды, поэтому им тоже необходимы разъяснения со стороны родителей или врача.

г. Родители не должны чрезмерно опекать больного ребенка. д. Существуют группы взаимопомощи, объединяющие больных детей и их родителей.

е. Дети, особенно подростки, часто не выполняют рекомендации врача.

1) Ребенку как можно раньше сообщают об особенностях болезни и лечения, убеждая в необходимости следовать врачебным назначениям.

2) Проверяют соблюдение схемы лечения (например, измеряя уровень препарата в крови) и результаты обсуждают с больным. Можно использовать поведенческую терапию с положительным подкреплением (награда, похвала, методика набора баллов).

3) При неэффективности перечисленных мероприятий или нехватке времени для поведенческой терапии показана консультация психиатра.

IV. Разлука

А. Смерть близкого человека. Как и в случае хронического заболевания, переживания ребенка имеют несколько стадий, четко не отграниченных друг от друга:

- 1) шок и неверие;
- 2) протест и страдание;
- 3) восстановление и привыкание к новым отношениям.

Тяжесть переживаний в значительной степени зависит от реакции родителей: чем тяжелее переживают утрату родители, тем больше страдает ребенок. Дети начинают понимать необратимость смерти примерно к 10-летнему возрасту, маленькому ребенку смерть кажется обратимой. Нередко причиной происшедшего ребенок считает какой-либо свой поступок. Проявлениями реакции утраты бывают плаксивость, нарушения сна, тревожность, раздражительность, регрессивное поведение, депрессия, постоянные мысли об умершем и

ощущение его присутствия, соматические жалобы. Длительность проявлений колеблется от нескольких недель до года. Болезненные переживания, затянувшиеся дольше года, говорят о патологической реакции утраты.

1. Родителям не нужно скрывать причину случившегося и свои переживания. Доступное объяснение успокоит ребенка, а уклончивая информация только усилит его смятение. На вопрос о возможности жить после смерти следует высказать свое истинное мнение об этом.

2. Если смерть близкого человека неминуема, ребенку следует рассказать о предстоящей утрате. Не нужно запрещать посещение умирающего.

3. Очень важно утешить ребенка, объяснить, что о нем будут заботиться; что ни ему, ни его близким смерть не грозит: что никто, в том числе и он, не виноват в смерти.

4. Присутствие на похоронах поможет лучше понять случившееся, увидеть, как взрослые выражают свои эмоции. Во время похорон ребенок должен ощущать поддержку взрослых. Маленьким детям достаточно присутствовать на части церемонии.

5. Родителей предупреждают, что дети часто и по несколько раз задают болезненные вопросы, в том числе прямые вопросы о смерти.

6. Каждой семье, в которой произошло несчастье, предлагается консультативная помощь, особенно если горе с годами не ослабевает.

Б. Госпитализация. В возрасте от 6 мес до 4 лет эмоциональные расстройства, вызванные госпитализацией, обусловлены разлукой с родными и непривычной обстановкой; ребенок боится, что его бросили или наказали. Начиная с возраста 4 лет появляется тревога по поводу болезни, лечения, а также телесных повреждений, к 10 годам возникает страх смерти и понимание ее необратимости.

После выписки дети неделями могут проявлять враждебность, тревожность, ни на минуту не отпуская от себя родителей. Вероятность такой реакции тем больше, чем сложнее были отношения с родителями до госпитализации. Риск эмоциональных нарушений увеличивается при многократном разлучении ребенка с близкими или длительном пребывании в стационаре (дольше 1 нед).

1. Лечащий врач должен подробно рассказать ребенку и родителям о планируемом лечении.

2. Желательно, чтобы больничный режим приближался к домашнему. С грудными детьми родители могут оставаться на ночь, детям постарше достаточно частых посещений.

3. По возможности организуют привычную для ребенка деятельность, от игр до учебных занятий.

4. Замкнутым детям и детям с трудным характером показана консультация психиатра.

5. В случае плановой госпитализации родителям и детям рекомендуется подготовиться к ней (например, заранее посетить больницу).

6. По возвращении домой режим должен быть таким же, как и до госпитализации.

В. Развод становится все более распространенным явлением. Его психологические последствия зависят от возраста ребенка. Так, дошкольники обычно тяжело переживают случившееся и

боятся быть покинутыми; дети постарше тоже расстраиваются, однако их легче успокоить; подростки предпочитают полностью отстраниться от происходящего. Кроме того, детей любого возраста волнует вопрос, нет ли в случившемся их вины. Психологическая травма, возникающая у детей при разводе родителей, в большей степени обусловлена конфликтами родителей друг с другом и с ребенком, чем разлукой как таковой. Врач может принять следующие меры.

1. Убедить родителей в необходимости честно рассказать детям о причинах развода. Ребенок должен понять, что в разводе нет его вины и что оба родителя по-прежнему любят его и будут заботиться о нем. Нередко дети нуждаются в повторных разъяснениях.

2. Посоветовать родителям не вовлекать ребенка в выяснение отношений и в бракоразводный процесс, не настраивать его против бывшего супруга (супруги).

3. Предоставить возможность родителям и детям высказать свое отношение к разводу.

4. Если члены семьи тяжело переживают развод, направить их к психиатру или психологу.

Г. Работающие родители. Нет доказательств того, что в семьях, где родители работают, о ребенке недостаточно заботятся. Решающее значение имеет качество ухода: дети не пострадают, если вместо родителей их воспитывает заботливый и надежный человек. Большинство родителей работают не только по материальным соображениям, и для многих из них работа служит важным антистрессовым фактором, улучшающим их отношения с детьми. Тем не менее до тех пор, пока у грудного ребенка не сформируются основные поведенческие реакции, желательно, чтобы один из родителей оставался с ним дома.

V. Поведенческая терапия.

Ниже представлено краткое описание одного из методов поведенческой терапии, основанного на принципе подкрепления. Поведение в значительной мере определяется своими последствиями. Если поведение поощрять (положительное подкрепление), то оно закрепляется и учащается. Если поведение не поощрять или наказывать за него (отрицательное подкрепление), то оно ослабевает и урежается. Этот метод можно использовать, например, при нервной анорексии, недержании мочи, несоблюдении рекомендаций врача, чтобы отучить расчесывать кожу при диффузном нейродермите. Для успеха важны доверительные отношения с семьей, ее заинтересованность в результатах лечения. Программа терапии включает следующие этапы.

А. Определение объекта воздействия. Необходимо сформулировать, в чем состоит нежелательное поведение (например, ребенок расчесывает кожу), каковы его причины и какие последствия оно должно иметь для ребенка, чтобы он прекратил это поведение.

Б. Оценка исходного состояния. Родители должны записать частоту и продолжительность проявлений (например, ребенок чешется столько-то раз в час). Впоследствии это позволит оценить эффективность воздействия.

В. Выбор средств подкрепления. Вместе с родителями выбирают поощрение, с помощью которого будет вырабатываться надлежащее поведение. Для этого нужно выяснить, что любит ребенок (игрушки, деньги и т. д.) или чем он предпочитает заниматься (например, играть в компьютерные игры).

Г. Условия получения подкрепления

1. Ребенок получает поощрение только в случае надлежащего поведения (например, после того, как он не чешется такое-то время).

2. Поощрение должно следовать немедленно после оговоренного периода надлежащего поведения.

3. Сначала условия получения поощрения должны быть легкими, затем их постепенно усложняют. Непосильные условия - самая частая причина неэффективности воздействия.

4. Для оценки поведения можно использовать звездочки, наклейки, помещаемые в тетрадь, или баллы, заносимые в таблицу. В дальнейшем в соответствии с этими оценками дается поощрение: например, за 10 баллов ребенок получает новую игрушку.

5. Рекомендуется также хвалить за надлежащее поведение и игнорировать нежелательное поведение.

Д. Оценка эффективности воздействия

1. Обычно требуется несколько циклов лечения. Регистрация достижений позволяет оценить результаты вмешательства.

2. По мере закрепления желаемого поведения более значимыми становятся такие подкрепляющие стимулы, как одобрение окружающих, поэтому формальное поощрение постепенно отменяют.

3. Длительное применение наказаний неэффективно.

4. При затруднениях в разработке программы поведенческой терапии, недостатке времени или в случае сложных нарушений поведения показана консультация психолога.