**Возраст-зависимые проявления неврозов у детей**

Неврозы у детей проявляются совершенно иначе, чем у взрослых. Причем для каждого возрастного периода характерна определенная клиническая картина неврозов. Проявления невроза зависят от возраста, когда ребенок перенес стресс, и степени воздействия стрессового фактора.

В раннем детстве многие симптомы эмоциональных расстройств практически неотделимы от соматических нарушений. Чем менее зрел организм, тем менее дифференцированы и более генерализованы его реакции, тем более при стрессе нарушаются функции внутренних органов.

Выделяют несколько уровней психоневрологического реагирования детей и подростков:

* соматовегетативный (0–3 года),
* психомоторный (3–7 лет),
* аффективный (7–11 лет),
* эмоционально-идеаторный (11–17 лет).

Дети раннего возраста и дошкольники, реагируя на стрессовые факторы, трансформируют психические нарушения в заболевания внутренних органов и двигательные расстройства. Физиологической основой этой трансформации является вегетативная нервная система, обеспечивающая гомеостатическое регулирование всех органов и систем. Именно нарушение гомеостаза с преобладанием тонуса одного из отделов – симпатического или парасимпатического – ведет к нарушению функционирования одной или нескольких систем организма. Возможность развития соматоформных проявлений неврозов связана с формированием у ребенка эмоций и самосознания.

**Развитие сознания**

Самосознание – совокупность всех представлений о себе, полученных в результате критического взгляда на себя, свои поступки, образ жизни и т.п. Дети первых месяцев жизни не способны выделять себя из окружающего мира. В ходе общения со взрослыми малыши начинают понимать, что они – единственные в своем роде существа. Осознание своего тела приходит в 3–8 месяцев, подражание людям и изучение норм поведения начинается примерно с 6 месяцев. Выражение отношения к другим людям наступает у ребенка с 7–8 месяцев. Внешний образ (узнает себя в зеркале, на фотографии) формируется у крохи с 8 месяцев. Проявление своего отношения к чему-либо в «сознательных эмоциях» – гордости, вины, стыда, смущения – появляется после года. О своих физических особенностях малыш знает примерно с 18 месяцев. Ориентация на социальные нормы в поведении, понимание и освоение половых ролей, «собственничество», элементы саморегуляции (самоинструктирование, самопоощрение, самопорицание) появляется у ребенка около 2 лет.

В период с 2 до 6 лет ребенок стремится освободиться от полной зависимости от взрослых. Необычайно настойчивой становится познавательная деятельность крохи. К 3 годам многие дети располагают представлениями о своих возможностях. Дети старше 4 лет хорошо знают, что в зависимости от пола к человеку предъявляются разные требования. Пятилетние дети способны управлять своим поведением в соответствии с ситуациями, воспринимают себя членами социальной группы. В период с 6 до 11 лет у ребенка формируется представление личности о внешности, о степени эстетичности телосложения, а также самооценка. Самооценка – компонент самосознания, включающий наряду со знаниями о себе оценку своих физических характеристик, способностей, нравственных качеств и поступков.

**Развитие эмоций**

Развитие эмоций в онтогенезе проходит ряд стадий в соответствии с общими закономерностями развития психики. До года ребенок выражает эмоции при помощи крика, который имеет определенную эмоциональную окраску. У новорожденного крик негативно интонирован. С 2–3 месяцев ребенок способен эмоционально реагировать на эмоциональное состояние матери. С 4–5 месяцев появляются эмоционально окрашенные движения, с 5–6 месяцев – радость, с 7–8 месяцев – спокойное состояние неудовольствия. К концу первого года ребенок способен утешать расстроенную мать. На втором году жизни у малыша формируется эмоциональная реакция на похвалу, отрицательные эмоции выражаются не только криком – он топает ногами, дерется, кусается. В этом возрасте ребенок легко перенимает отрицательное эмоциональное состояние другого человека, поэтому, если в яслях заплакал один малыш, начинают плакать все остальные.

В период от 2 до 6 лет эмоции носят бурный, но нестойкий характер, ребенок быстро переходит от одного эмоционального состояния к другому; его легко испугать, рассердить, но легко и заинтересовать, вызвать удовольствие и радость. Ребенок трехлетнего возраста действует под влиянием возникших в данный момент чувств и желаний, которые неустойчивы, но очень сильны. Он может плакать, кричать, хлопать в ладоши, визжать, кусаться и т.д. К концу третьего года жизни у крохи появляется чувство юмора. В период от 2 до 4 лет у ребенка начинают формироваться моральные переживания – «что такое хорошо и что такое плохо». Пятилетний ребенок способен воспроизвести переживания других людей и связать их с определенными действиями, что проявляется в ролевых играх. В этом возрасте дети очень рады совместной деятельности с родителями, способны резко реагировать на разлад в семье, ссоры. У детей может возникнуть чувство ревности, гордости и самоуважения, появляется эгоизм. Крайне выражены в этом возрасте чувства удивления и любознательности. Начинается становление и социальных эмоций – переживания ребенком своего отношения к окружающим людям, которые формируются в системе межличностных отношений.

В младшем школьном возрасте (6–11 лет) происходит дальнейшее развитие эмоциональной выразительности, интонаций, оттенков мимики. У ребенка формируется система личных отношений в классе.

В подростковом (11–17 лет) и более старшем возрасте продолжается развитие социальных эмоций с интенсивным ростом социально ценных побуждений и переживаний. Подросток острее испытывает сочувствие при виде горя других людей, ему свойственно стремление бескорыстно отказаться от чего-то ценного ради другого человека. При переходе от подросткового к юношескому возрасту самопознание теряет свою эмоциональную напряженность и существует уже на более спокойном эмоциональном фоне.

Нарушение нормального становления эмоций и сознания у детей, особенно раннего возраста, проявляется заболеваниями внутренних органов. Это явление получило название соматизация. Предрасположенность к соматизации связана с особенностями воспитания в семье, с тем, каких болезней у себя и ребенка опасаются взрослые, при каком заболевании крохи взрослые больше волнуются. При этом физическое неблагополучие ребенка приобретает двойственный характер. С одной стороны – это рефлекторное отражение его эмоций внутренними органами, а с другой – привлечение внимания взрослых и возможность манипулировать ими.

**Виды соматизации у детей**

***От 0 до 3 лет - соматовегетативные проявления***

Аффективно-респираторные приступы могут начинаться у детей на первом месяце жизни. Они провоцируются резкой сменой окружающей среды, например внезапным погружением в воду при купании или испугом. Ребенок кричит, «закатывается», у него напрягаются мышцы-разгибатели шеи, выгибается туловище. От крика синеет носогубный треугольник, и на высоте крика внезапно происходит задержка дыхания на вдохе, кожа синеет. Через несколько секунд ребенок приходит в себя, дыхание становится регулярным.

Нарушения кормления. Дети плохо берут грудь, беспокоятся во время кормления, отказываются от груди. Чаще это защитная реакция на неприятные ощущения, возникающие во время кормления, например чувство боли при неврогенном пилороспазме, повышенном газообразовании. Негативные ощущения прочно ассоциируются с актом сосания по типу отрицательного условного рефлекса. В дальнейшем закрепляются срыгивания, а при наличии функционального пилороспазма бывает рвота.

*Нарушение сна* выражается в длительном засыпании, частом спонтанном пробуждении, раннем пробуждении, крике, вздрагивании при тихих звуках, стереотипных движениях во сне (качание головой, сосание пальца и др.), сонливости или возбуждении в течение дня, иногда полной инверсии сна и бодрствования. Нарушение сна возникает после неприятного раздражителя: неудобное положение в кроватке, перегрев или охлаждение, боли в животе, чрезмерный свет или темнота и т.п. Нарушение сна быстро закрепляется по типу условного рефлекса на длительное время и усиливается после перенесенных заболеваний.

На втором году жизни у детей могут возникать устрашающие сновидения, эпизоды приступов ночных страхов. Ребенок, не просыпаясь полностью, начинает кричать, вскакивать в кровати. По выражению лица и отдельным высказываниям крохи можно заключить, что он видит что-то страшное. В этом состоянии он не узнает близких, плохо ориентируется в окружающей обстановке. Ночные страхи по типу упрочившейся условной связи нередко сохраняются в течение длительного времени.

Дневные страхи (страх чужих лиц, новых игрушек и т.д.) возникают под влиянием экзогенных факторов – физических и психических. Например, после вакцинации ребенок долго боится врачей.

*Желудочно-кишечные расстройства*. Склонность к жидкому стулу связана с повышенной возбудимостью кишечной стенки, приводящей к усилению перистальтики кишечника под влиянием даже незначительных раздражителей. Поносы нередко чередуются с запорами. Нарушения со стороны кишечника легко возникают под влиянием различных психогенных факторов по типу условной связи. Так, склонность к привычным запорам может возникнуть, если ребенок под влиянием эмоции страха однажды задержал акт дефекации. Особенно легко запоры или недержание кала возникают в новой для детей обстановке. При исследованиях кала патология не обнаруживается. Однако при длительных запорах, которые приводят к вторичным нарушениям моторики и флоры кишечника, в анализах кала могут быть выявлены патологические изменения.

Нарушение аппетита, расстройства жевания и глотания. Дети отказываются от твердой пищи, медленно жуют, пережеванную пищу долго держат во рту. Зачастую это обусловлено страхом глотания, развившимся в связи с какими-либо неприятными ощущениями в процессе кормления (очень горячая или холодная пища, боль в горле, насильственное кормление).

С *нервной анорексией* тесно связана привычная рвота. Дети отказываются от глотания густой или твердой пищи, при кормлении жидкой пищей у них появляется рвота, особенно если в пищу попадал комочек или пенка. Иногда привычная рвота возникает при виде пищи. Рвотный рефлекс формируется с чрезвычайной быстротой. Бывает достаточно однократной рвоты, чтобы все раздражители, действующие на ребенка в данный момент (вид и запах пищи, окружающие предметы, слова), образовали связь с рвотным центром. Особенно легко закрепляется рвотный рефлекс после соматических заболеваний, во время которых наблюдалась рвота.

Избирательность в еде. Дети отдают предпочтение жидкой пище и отказываются от твердой. Некоторые боятся новых блюд или стремятся к поеданию несъедобного (уголь, известь, песок).

*Функциональные сосудистые расстройства* выражаются в быстрых колебаниях сосудистого тонуса (побледнение или покраснение кожных покровов, преходящие приступы цианоза, мраморность кожи). Дети, имеющие такие проявления, плохо приспосабливаются к изменениям погоды. В периоды понижения барометрического давления, повышенной влажности воздуха, сильных ветров все жалобы усиливаются, появляется раздражительность, капризность.

Гипертермия. После перенесенной острой вирусной инфекции у детей, подверженных неврозам, может длительное время (1–2 месяца) сохраняться субфебрильная температура, повышенная утомляемость.

***От 3 до 7 лет - психомоторные проявления***

Неврозы, приобретенные в этом возрасте, характеризуются нарушением двигательной активности. Дети гиперактивны, не могут спокойно заниматься одной деятельностью. Следствием этого является высокая утомляемость и истощаемость, низкая устойчивость внимания.

В возрасте от 3 до 7 лет у детей впервые могут появляться невротические тики. Тики в 4 раза чаще возникают у мальчиков, а в общей популяции они встречаются у 7–13% детей. Ребенок начинает моргать, гримасничать, высовывать язык, пожимать плечами и т.д. Эти движения носят непроизвольный характер, усиливаются при волнении. Если не привлекать внимание ребенка к этим движениям, тики через некоторое время исчезают. Если же ребенок «узнал» о своих тиках, у него развивается вторичная невротизация, основанная на беспокойстве за свою внешность и возможные насмешки со стороны сверстников.

***Заикание*** – нарушение ритма, темпа и плавности речи, связанное со спазмом мышц, участвующих в речевом акте. Переходящее заикание наблюдается у 4% детей, а стойкое – у 1%. Заикание чаще встречается у мальчиков. Возникает в возрасте от 3 до 5 лет, когда происходит значительное усложнение фразовой речи, связанное с формированием мышления. Происхождение заикания связывают с неблагоприятным речевым климатом в семье – перегрузка информацией, попытки форсировать развитие речи, чрезмерная требовательность к речи и т.д. Спустя некоторое время после появления заикания у ребенка закрепляется негативное отношение к собственному дефекту. Позднее, в школьном возрасте, и особенно у подростков, возникает логофобия (дети стесняются говорить).

***Нарушения сна.*** Предрасполагающим фактором служат возбуждающие события перед сном – приход родителей с работы, ссора родителей, просмотр телевизора или игра на компьютере и т.д. Ребенок долго не может заснуть, часто пробуждается, его беспокоят устрашающие сновидения.

Нередко возникают снохождение и сноговорение. Нарушения сна сочетаются с различными страхами (темноты, одиночества и т.д.), патологическими привычками (сосание пальца, накручивание волос и пр.), навязчивыми ритуалами (многократное пожелание спокойной ночи, повторные просьбы к родителям).

***Невротический энурез*** – непроизвольное мочеиспускание во время ночного сна. Энурез рассматривается как патологическое явление после 4–5 лет, так как в более раннем возрасте недержание мочи во сне является физиологическим и связано с незрелостью механизмов регуляции мочеиспускания. Распространенность энуреза у детей составляет 10%. Чаще встречается у мальчиков. Невротический энурез возникает после более или менее длительного периода сформированных навыков опрятности.

***Невротический энкопрез*** – непроизвольное выделение кала при отсутствии заболеваний нижнего отдела кишечника или сфинктера анального отверстия. Появление энкопреза характерно для длительного и тяжелого невроза в результате нарушений взаимоотношений между матерью и ребенком, наличия длительного внутрисемейного конфликта, чрезмерно строгих требований к ребенку. Как правило, ребенок не испытывает позыва к дефекации, вначале не замечает испражнения. Обычно дети болезненно реагируют на свой недостаток, стараются спрятать от родителей испачканное белье.

***От 7 до 11 лет - аффективные проявления***

У детей от 7 до 11 лет самым частым проявлением невроза является головная боль. Дети жалуются на головную боль и головокружение, при которых они чувствуют сердцебиение, тошноту, затруднение дыхания или глотания. Реже возникают немотивированные жалобы на боль в груди, спине, ногах, руках, сердце. Зачастую во время осмотра ребенка обращают на себя внимание депрессивные особенности его мимики (печальное, безучастное лицо), характерная осанка (опущенные плечи, сутулость), замедленность движений, вялость, безынициативность, необщительность, агрессивность. При этом ни сам ребенок, ни его родители не замечают нарушения настроения.

Другими проявлениями невроза у детей этой возрастной группы являются частые соматические болезни различной степени выраженности с нарушением пищеварительной, дыхательной, сердечно-сосудистой, эндокринной деятельности, выделительной функций, терморегуляции, а также хроническая боль.

***С 11 до 17 лет - эмоционально-идеаторные проявления***

В подростковом возрасте на первый план в клинической картине невротических расстройств выходят нарушения поведения, навязчивости. Еще до собственно клинических проявлений, в младшем возрасте, у этой группы пациентов появляются психопатологические расстройства (страхи, опасения за свое здоровье, навязчивые действия, ритуалы). Так, на ранних этапах формирования расстройств пищевого поведения ведущее место занимает страх перед едой, чувство тяжести и болезненные ощущения после еды, в результате чего пациенты ограничивают себя в еде, принимают слабительные. При прогрессировании симптоматики происходит нарастание дефицита массы тела вплоть до кахексии, обсессивно-фобические расстройства (страхи, ритуалы) приобретают большую выраженность, что утяжеляет клиническую картину, затрудняет лечение и реабилитацию больных нервной анорексией.

Кроме того, юношеский возраст характеризуется резким увеличением депрессивных дебютов, что обусловлено влиянием пубертатного периода, выступающего в качестве специфического стрессорного фактора. Отсутствие адекватных способов контроля и овладения своими эмоциями у части подростков проявляется в виде импульсивности, склонности к немедленному выражению вовне своих чувств и побуждений, ведущих к асоциальному поведению.

Таким образом, понимание того, как может реагировать детский организм на стрессовые факторы в зависимости от возраста, является ключевым моментом в профилактике и устранении соматоформных проявлений неврозов у детей.

*Материал из статьи врача-невролога, канд. мед. наук*

*М.Ю. Бобыловой ( журнал «Практика педиатра»)*