

Л.С.Чутко

# НЕВРОЗЫ У ДЕТЕЙ

*3-е издание*



Москва  
«МЕДпресс-информ»  
2020

УДК 616.85-053.2

ББК 56.12

Ч-95

*Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.*

*Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.*

*Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.*

*Книга предназначена для медицинских работников.*

Издается по решению ученого совета ФГБУН Институт мозга человека им. Н.П.Бехтерева Российской академии наук.

*Рецензенты: В.И.Гузева, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой нервных болезней СПбГПМУ Минздрава России, главный внештатный детский специалист Минздрава России по специальности «неврология»; И.В.Макаров, д.м.н., руководитель отделения детской психиатрии СПбНИПНИ им. В.М.Бехтерева, главный детский специалист-психиатр в Северо-Западном федеральном округе.*

*Автор: Л.С.Чутко, д.м.н., профессор, руководитель Центра поведенческой неврологии и лаборатории коррекции психического развития и адаптации ФГБУН Институт мозга человека им. Н.П.Бехтерева Российской академии наук.*

### **Чутко, Леонид Семенович**

Ч-95 Неврозы у детей / Л.С.Чутко. – 3-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2020. – 224 с.

ISBN 978-5-00030-743-4

Монография предназначена для детских неврологов и психиатров, педиатров, семейных врачей. В книге освещены вопросы диагностики и лечения неврозов у детей.

УДК 616.85-053.2

ББК 56.12

ISBN 978-5-00030-743-4

© Чутко Л.С., 2016

© Оформление, оригинал-макет.

Издательство «МЕДпресс-информ», 2016

---

## СОДЕРЖАНИЕ

---

Сокращения .....	5
Введение .....	6
1. Феноменология невротических расстройств .....	8
2. Патогенез невротических расстройств .....	14
2.1. Психологические теории возникновения неврозов .....	14
2.2. Психофизиологические и нейробиологические теории возникновения неврозов .....	29
3. Тревожные расстройства у детей .....	36
3.1. Семиотика тревожных расстройств .....	37
3.2. Этиопатогенез тревожных расстройств .....	48
3.3. Фобии .....	55
3.4. Школьная тревожность .....	63
3.5. Тревожное расстройство в связи со страхом разлуки в детском возрасте (F93.0) .....	69
3.6. Социальное тревожное расстройство в детском возрасте (F93.2) .....	72
3.7. Генерализованное тревожное расстройство детского возраста (F93.80) .....	75
3.8. Панические атаки .....	78
4. Навязчивые состояния .....	87
4.1. Навязчивости .....	87
4.2. Патогенез обсессивно-компульсивных расстройств .....	89

4.3. Клинические проявления обсессивно-компульсивных расстройств .....	91
4.4. Патологические привычные действия .....	94
5. Астенические расстройства у детей .....	97
5.1. Астения .....	97
5.2. Неврастения .....	104
6. Истерия .....	112
7. Системные неврозы .....	120
7.1. Понятие о системных неврозах .....	120
7.2. Тикозные гиперкинезы .....	121
7.3. Энурез .....	133
7.4. Заикание .....	139
8. Соматизация неврозов у детей .....	143
8.1. Психосоматические болезни у детей .....	143
8.2. Патогенез психосоматических расстройств ..	146
8.3. Вегетативные дисфункции .....	153
8.4. Головные боли напряжения .....	162
9. Лечение неврозов у детей .....	171
9.1. Общие принципы лечения неврозов .....	171
9.2. Психотерапия неврозов у детей .....	173
9.3. Фармакотерапия неврозов у детей .....	190
Литература .....	205

---

## ВВЕДЕНИЕ

---

Неврозы являются одним из наиболее часто встречающихся нервно-психических расстройств детского возраста. Примерно у 4–8% детей и подростков имеются клинически выраженные тревожные расстройства, которые причиняют существенные страдания или заметно мешают каждодневной жизни. Поскольку сюда включаются только тревожные расстройства, а в данной книге мы говорим о более широком круге проблем, истинная распространенность этих расстройств может быть значительно выше.

Как психогенные заболевания формирующейся личности, неврозы в аффективно-заостренной форме отражают многие проблемы человеческих отношений, прежде всего понимания и общения между людьми, поиска своего Я, оптимальных путей самовыражения, самоутверждения, признания и любви (Захаров А.И., 1988).

В.В.Ковалев (1979) подчеркивал, что обычные неврозы представляют собой не самостоятельные нозологические сущности, а лишь клинические варианты психогенного заболевания, связанные между собой многочисленными переходными и смешанными формами. Исходя из этого, первую главу данной книги мы посвятили феноменологическим и патогенетическим аспектам всех неврозов. Последующие главы посвящены различным невротическим расстройствам детского возраста.

Ранее, согласно В.В.Ковалеву, выделяли общие и системные неврозы. К последним исторически относили тики,

заикание, энурез, энкопрез. Кроме этого, для характеристики таких детей использовался термин «неврозоподобные состояния». В настоящее время эти состояния расценивают как самостоятельные. С учетом того, что ранее данные состояния рассматривались в рамках невротических расстройств, мы уделяем особое внимание этим состояниям.

Автор выражает сердечную благодарность за поддержку, помощь и понимание директору Института мозга человека им. Н.П.Бехтеревой Российской академии наук С.В.Медведеву.

Книга предназначена для врачей-неврологов, психиатров, психотерапевтов, педиатров, семейных врачей.

---

# 1. ФЕНОМЕНОЛОГИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

---

Невроз – психогенное нервно-психическое расстройство, которое возникает в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека и проявляется в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений (Карвасарский Б.Д., 1990). Для невроза характерны:

- обратимость патологических нарушений независимо от его длительности;
- психогенная природа заболевания, которая определяется существованием содержательной связи между клинической картиной невроза, особенностями системы отношений и патогенной конфликтной ситуацией больного;
- специфичность клинических проявлений, состоящая в доминировании эмоционально-аффективных и соматовегетативных расстройств.

Неврозы у детей отличаются следующими признаками:

- слабость или отсутствие личностного осознания имеющих нарушений;
- преобладание соматовегетативных или двигательных расстройств;
- часто непосредственная реакция на психотравму, без глубокой внутренней переработки («короткое замыкание»);
- преимущественно моносимптомный характер.

Невротические расстройства относят к пограничной психиатрии. Пограничная психиатрия изучает психические расстройства, которые лежат на границе между здоровьем и болезнью. Они как бы разделяют состояния психического здоровья (нормы) с основными психическими заболеваниями, сопровождающимися психотическими психопатологическими расстройствами. При этом сплошной непроходимой границы как между состояниями здоровья и пограничными психическими расстройствами, так и между ними и психозами не существует. В практике имеется множество переходных симптоматических и синдромологических образований, характерных как для психотических, так и непсихотических (в основном пограничных) психических расстройств (Александровский Ю.А., 2000).

Невротические расстройства нарушают лишь определенные сферы психической деятельности, не сопровождаются психотическими явлениями и грубыми нарушениями поведения, но при этом могут существенно влиять на качество жизни. В группу невротических расстройств не включаются невротические симптомокомплексы, сопутствующие психическим (шизофрения и др.), соматическим и неврологическим заболеваниям.

Несмотря на длительную историю исследования невротических расстройств, данная проблема еще требует дальнейшего изучения.

Сам термин «невроз» принадлежит шотландскому врачу W.Cullen и был введен в медицинскую практику в XVIII в. Данным термином обозначались нервные расстройства, не сопровождавшиеся лихорадкой и не связанные с местным поражением какого-либо органа, а обусловленные «общим страданием, от которого специально зависят дви-

жения и мысль». Со второй половины XIX в. неврозы преимущественно оценивают как функциональные расстройства, не имеющие определенной патологоанатомической основы.

В настоящее время считается, что для возникновения невроза имеют значение следующие факторы:

- биологические: наследственность и конституция, перенесенные заболевания, патология периода беременности и родов и т.д.;
- психологические: преморбидные особенности личности, особенности психического развития в детском возрасте, психотравмирующие ситуации;
- социальные: родительская семья, сексуальное воспитание, образование, профессия и трудовая деятельность.

В 1911 г. P.Janet отмечал, что все невротические расстройства являются нарушением приспособления к новым внешним и внутренним обстоятельствам, обнаруживаемым «в моменты, когда индивидуальная и социальная эволюция становится наиболее трудной». При этом в первую очередь страдают тонкие и высокоспециализированные особенности личностной индивидуальной приспособляемости (самоконтроль, самооценка и др.). Однако эта дезадаптация не вызывает психотических нарушений, появления так называемых продуктивных психопатических расстройств (брета, галлюцинаций, автоматизмов и др.) и не приводит к развитию слабоумия у этих больных (цит. по: Александровский Ю.А., 2000).

А.Крейндлер (1973) выделял три группы этиологических факторов невротических расстройств: психогенные («определяющие»), конституциональные («предрасполагающие») и соматические.

---

### 3. ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ

---

Различные тревожные расстройства встречаются у 15–20% детей и подростков (Beesdo K. et al., 2009). По данным С.Essau и J.Gabbidon (2013), в различные возрастные периоды детского и подросткового возраста частота тревожных расстройств отмечается в пределах 9–32%. По мнению А.Г.Головиной (2009), распространенность данной патологии гораздо выше, однако лишь незначительная часть детей с психопатологическими симптомами, достигающими клинического уровня, получает медицинскую помощь. При этом интервал между возникновением симптоматики тревожного расстройства и первичным обращением к врачу-специалисту может превышать 10 лет (Blomhoff S. et al., 2001).

Большинство авторов отмечают, что данная патология чаще встречается у девочек, при этом с возрастом разница в частоте выявления увеличивается: от 2:1 в дошкольном возрасте до 3:1 в подростковом периоде (Ollendick T.H. et al., 1995; Pine D.S. et al., 1998). Вместе с тем А.Г.Головина (2011) приводит данные о том, что в подростковом возрасте отмечается более частая обращаемость к врачу юношей с тревожно-фобическими расстройствами, чем девушек. По ее мнению, это объясняется, во-первых, тем, что мальчики/юноши более уязвимы в отношении развития психических нарушений в детско-подростковом возрасте; во-вторых, более частой обращаемостью в связи с необходимостью официального решения экспертных вопросов у юношей призывного возраста.

### **3.1. Семиотика тревожных расстройств**

Тревожные расстройства детского возраста в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) представлены под кодом F93 «Эмоциональные расстройства детского возраста».

Ведущим симптомом тревожных расстройств является патологическая тревога.

Тревога – субъективно неприятное эмоциональное состояние: чувство неопределенности, ожидание плохих событий, трудноопределимые предчувствия. Тревожность является индивидуальной психологической особенностью, проявляющейся в склонности человека к частым и интенсивным переживаниям состояния тревоги, а также в низком пороге его возникновения.

Описывая проявления тревожных расстройств, необходимо коснуться понятия фобии – навязчивого переживания страха с четкой фабулой при наличии достаточной критики. Фобии обостряются в определенных ситуациях, носят яркий, образный, чувственный характер. Обычно переносятся чрезвычайно мучительно из-за двойственного к ним отношения – продолжающегося переживания страха на фоне понимания его необоснованности. Больные рассматривают свои переживания как болезненную слабость, безволие, странность. Существенный признак фобий – выраженная борьба с ними (Карвасарский Б.Д., 1990). С.Н.Давиденков (1963) утверждал, что полная сохранность критики характерна лишь вне приступов.

Следует отметить, что дети, в отличие от взрослых, не всегда критично относятся к содержанию фобий. Так, рудиментарные, незавершенные фобии (страх ходьбы после падения и ушиба и даже страх загрязнения) описаны у детей раннего и преддошкольного возраста (Симсон Т.П., 1958).

Однако в этих случаях в связи с незрелостью самосознания отсутствуют переживание чуждости, чувство внутренней несвободы, активное стремление к преодолению страхов. Фобии в детском возрасте отличаются конкретностью содержания, относительной простотой, более или менее отчетливой связью с определенной травмирующей ситуацией. Чаще всего это страх загрязнения и заражения (мизофобия), острых предметов (оксифобия), особенно иглолок, закрытых помещений (клаустрофобия), транспорта, боязнь умереть от удущья во сне, от остановки сердца и т.д. (Симсон Т.П., 1958; Сухарева Г.Е., 1959; Ковалев В.В., 1979).

В таблице 1 приведены наиболее распространенные жалобы и объективные проявления при тревожных состояниях (Шейдер Р., Гринблат Д., 1998).

Таблица 1

**Наиболее распространенные жалобы и объективные проявления при тревожных состояниях  
(Шейдер Р., Гринблат Д., 1998)**

Жалобы	Объективные проявления
Беспокойство; боль в груди; взвинченность; внутренняя дрожь; волнение; головная боль; головокружение; зажатость; испуг; дурнота; навязчивые страхи; напряжение; нервная дрожь; нервозность; неусидчивость; нехватка воздуха; обеспокоенность; озабоченность; отсутствие аппетита; паника; постоянное предчувствие несчастья; пугливость; ранимость; робость; сердцебиение; слабость; спазмы в животе; стеснительность; страх; тошнота; тревожные опасения; удущье; ужас; чувство надвигающейся опасности	Бледность; мышечное напряжение; обмороки; понос; потливость; предобморочные состояния; приливы; расширение зрачков; рвота; сухость во рту; тахикардия; тремор; учащенное дыхание; учащенное мочеиспускание

Средневековый врач Ибн-Сина (Авиценна) писал, что у человека, в отличие от животных, страх связан не только с непосредственным восприятием угрозы, но и с предчувствием того, что должно случиться то, что повредит ему. «Человек обладает против страха надеждой». Б.Спиноза также противопоставлял страх надежде, так как оба явления характеризуют человека, пребывающего в сомнении. Страх есть «неопределенное мучение», связанное с мыслью, что с нами случится нечто неприятное, а надежда – «неопределенное удовольствие», связанное с мыслью, что наше желание исполнится (цит. по: Мэй Р., 2001).

Блез Паскаль считал, что тревога проявляется в «вечном беспокойстве, в котором люди проводят всю свою жизнь». Он говорил о ненасытном стремлении человека отвлечься, убежать от томления, пока беспокойство не растворится в бурной деятельности. Большое количество развлечений и занятий, по его мнению, на самом деле выражает стремление людей избежать «размышления о самих себе», поскольку, если человек остановится и задумается о своей жизни, он почувствует печаль и тревогу (цит. по: Мэй Р., 2001).

З.Фрейд писал, что «проблема страха – узловой пункт, в котором сходятся самые различные и самые важные вопросы, тайна, решение которой должно пролить яркий свет на всю нашу душевную жизнь». По его мнению, содержание тревожности – переживание неопределенности и чувство беспомощности. Первоначально Фрейд считал, что возможно существование и бессознательной тревожности, однако затем он пришел к выводу, что тревожность – состояние, которое переживается сознательно и сопровождается возрастанием умения обращаться с опасностью (с помощью борьбы или бегства). Тревожность помещается им в Эго (Я). Он выделял три основных вида тревожности:

- 1) объективную (реальный страх) – на опасность во внешнем мире;
- 2) невротическую – на опасность, не определяемую и не известную (источник невротической тревожности – боязнь потенциального вреда, который может причинить освобождение влечений);
- 3) моральную – «тревожность совести».

При этом Фрейд признавал условность данного разделения.

Необходимо проводить различие между нормальной и патологической тревогой. Нормальная (адаптационная) тревога может быть следствием эмоционального дискомфорта, обусловленного неопределенностью перспектив. Ее появление связано с угрожающей ситуацией. Такая тревога обычно непродолжительна и носит умеренный характер, не препятствуя продуктивной деятельности человека.

Тревога, возникающая как ответ на неопределенную или угрожающую ситуацию, а также на дефицит информации, является нормальной приспособительной реакцией, мобилизирующей организм на случай возникновения реальной угрозы или трудной ситуации.

Ч.Дарвин писал, что способность к переживанию страха, являясь врожденной особенностью человека и животных, играет значительную роль в процессе естественного отбора. По его мнению, на протяжении жизни множества поколений этот адаптивный механизм совершенствовался, поскольку побеждал и выживал тот, кто оказывался наиболее искусным в избегании и преодолении опасности.

Адаптивную роль тревоги у животных описал У.Кеннон, обозначив ее как «реакцию борьбы – бегства». Эта реакция характеризуется рядом физиологических сдвигов, подготавливающих организм к быстрому ответу на опасность:

---

## 5. АСТЕНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ

---

### 5.1. Астения

В.М.Бехтерев писал: «Как болезнь, неврастения даже не признается серьезным страданием, а между тем что может быть мучительнее того состояния, когда человек физически представляется относительно здоровым... и вместе с тем, имея в общем достаточно умственных сил, не может пользоваться ими по причине своего болезненного состояния».

Астенические расстройства наблюдаются при различных соматических, неврологических и психических заболеваниях. Слово «астения» в переводе с греческого означает бессилие, слабость. Под астенией понимают патологическую усталость после нормальной активности, сопровождающуюся снижением энергии, необходимой для обеспечения нормальной жизнедеятельности и внимания, резкое снижение работоспособности. Обычно астения сопровождается вялостью, сонливостью, раздражительностью. В сознании преобладает чувство усталости, разбитости.

А.С.Тиганов и соавт. (1999) дают определение астении как «состояния повышенной утомляемости, раздражительности и неустойчивого настроения, сочетающегося с вегетативными симптомами и нарушениями сна». Астения представляет собой неспецифический синдром, который может сопровождать любые заболевания (соматические,

психические) и даже развиваться у здоровых людей при определенных обстоятельствах.

Астенический синдром рассматривается в психиатрии в виде классической триады:

- повышенная психическая и физическая истощаемость;
- висцеровегетативные расстройства;
- нарушения сна (Рустанович А.В., Шамрей В.К., 2006).

Чаще всего встречаются астении преимущественно психогенного происхождения. Данное состояние принято называть неврастенией.

Еще Филострат (II–III вв. н.э.) дал подробнейшее описание так называемой астенической конституции (цит. по: Александровский Ю.А., 2000). Гиппократ и Гален видели в качестве причины данного состояния влияние желчи на нервную систему. E.Kretschmer (1928), W.Sheldon (1942) находили связь между конституцией пациента, с одной стороны, и чертами личности – с другой. В виде отдельного синдрома астенические жалобы были выделены в 1765 г. R.Whytt (цит. по: Белицкий Ю.К., 1906), который описал нервность (*nervousness*), напоминающую неврастению.

Уже в XIX столетии G.Beard (1869) выделил «американский невроз» – неврастению – в качестве самостоятельного заболевания. Он рассматривал неврастению как состояние раздражительной слабости, связанное с истощением нервной системы. По его мнению, неврастении более подвержены образованные и обеспеченные люди, а нервное истощение может быть вызвано «непомерным социальным давлением общества» в силу экономической нестабильности. Работы Ж.Шарко и его коллег также способствовали разграничению истерии, ипохондрии и неврастении. Исследуя головные боли, Шарко ввел понятие «каска неврастеника». Данные работы положили начало пересмотру существо-

вавших до второй половины XIX в. представлений о психогенно обусловленных психических нарушениях, эклектически объединявшихся с эклампсией, столбняком, хореей, эпилепсией. Известный невролог Штрюмпель писал: «Эта болезнь столь же стара, как и вообще многие наши сведения о болезнях человека; и если многие склонны видеть причину увеличения частоты неврастения в непрерывной сутолоке, в беспокойстве и возбуждениях современной жизни, то стоит только взглянуть в историю предыдущих веков – с их ужасами и бесконечными войнами, чтобы убедиться, что взгляд этот крайне ошибочен. Новым является только название – «неврастения» и более правильный взгляд на сущность болезни, а также умение отличить ее от других нервных страданий» (цит. по: Белицкий Ю.К., 1906).

R.Kraft-Ebing (1890) определял астению как «болезненное состояние нервной системы, главными клиническими признаками которого являются ненормально легкая возбудимость и чрезмерно быстрая истощаемость нервных функций».

Е.Краепелин (1912) выделял «приобретенную» неврастению, возникающую на фоне переутомления, отличая ее от «конституциональной нервности».

Е.Bleuler (цит. по: Бамдас Б.С., 1961) считал, что в основе «приобретенной» неврастения лежит не истощение нервной системы, а эмоциональная перегрузка – «раннее включение вентиля утомления». В.П.Осипов термином «простая астения» обозначал состояния, обусловленные голоданием, инфекциями (острыми и хроническими), кровопотерями и истощением нервной системы вследствие длительной непосильной работы.

В медицинской литературе часто используется термин «синдром хронической усталости» (Chronic Fatigue

Syndrome). Под этим термином обычно подразумевают гетерогенное состояние, в происхождении которого могут играть роль как психогенные факторы, так и вирусная инфекция (Wessely S., 1997; Afari N., Buchwald D., 2003).

Наиболее часто выделяют физиогенные, психогенные и мультифакториальные (сочетанное воздействие физических и психологических факторов) астении.

С учетом этиологии, патогенеза и клинических проявлений Б.И.Ласков и соавт. (1981) различают следующие виды физиогенных астений:

1. Цереброгенная астения (поражение головного мозга травматического, сосудистого, инфекционного, интоксикационного генеза).
2. Соматогенная астения.
3. Церебросоматогенная астения.
4. Адаптационная астения (астения негативной адаптации), включающая:
  - а) парциальные астении (перцепторно-оптическую, перцепторно-акустическую, перцепторно-оптико-акустическую);
  - б) астению при десинхронозе;
  - в) астению переутомления.

Полиэтиологичность астенических расстройств препятствует разработке общепринятой систематики этих состояний. Ряд авторов считают невозможным возникновение астении под действием только психологических или только биологических факторов. Так, А.Креиндлер (1963), говоря о психогенной природе астении, признает значимость цереброгенных и соматогенных факторов в развитии заболевания. С другой стороны, подчеркивается значимость психотравмирующих воздействий для формирования цереброгенных и соматогенных астений. Соматические

---

## 9. ЛЕЧЕНИЕ НЕВРОЗОВ У ДЕТЕЙ

---

### 9.1. Общие принципы лечения неврозов

Основной целью лечения неврозов у детей является улучшение социальной адаптации. При этом необходимо учитывать, что главным для родителей может являться не уменьшение тревоги, а лечение таких проявлений, как тики, головные боли, соматическая симптоматика, низкая успеваемость и т.д.

Безусловно, необходим комплексный подход к лечению неврозов. Комплекс лечебных мероприятий при тиках включает режимные моменты, психотерапию, фармакотерапию и другие мероприятия. Лечение неврозов у детей лучше проводить в амбулаторных условиях, так как госпитализация может сама по себе являться стрессом.

Одна из важнейших задач – создание комфортной психологической атмосферы, в которой ребенок не только будет ощущать себя в безопасности, но и успешно реализует свой потенциал. Поэтому усилия врача должны быть направлены на выявление его сильных сторон (умений, навыков, черт личности), что поможет ребенку ощутить себя успешным, повысит самооценку и мотивацию достижений также в других областях деятельности. Необходимо устранить неадекватное щадящее и избегающее нагрузок поведение. Образ жизни ребенка не должен отличаться от образа жизни здоровых сверстников. Рекомендуется стимулировать социальные контакты, хобби. Не рекомендуется переход детей с неврозами на индивидуальное обучение. Фармакотерапия должна

быть редуцирована до допустимого минимума. Лечение не должно быть сильнее заболевания. Согласно Э.Мэшу и Д.Вольфу (2003), следует отметить важные особенности, отличающие большинство детских расстройств от взрослых.

- *Когда просят помочь детям, часто бывает неясно, кому на самом деле нужна помощь.* Дети обычно попадают в поле зрения специалистов вследствие беспокойства взрослых – родителей, педиатров, учителей, а у самих детей может не быть возможности выбора в подобной ситуации. Это имеет большое значение для понимания того, как выявляются проблемы детей и как мы на них реагируем. Сами дети не обращаются за помощью.
- *Часто трудности детей и подростков связаны с несоответствием их развития ожиданиям взрослых.* Нарушение может быть временным, но может являться и первым признаком более серьезных проблем, ожидающих ребенка в будущем.
- Многие виды проблемного поведения, демонстрируемые детьми и подростками, не являются, в сущности, патологическими; в определенной степени они свойственны большинству детей и подростков. Чтобы решить, что следует предпринять, необходимо быть компетентным в области известных психических расстройств и причиняющего беспокойство проблемного поведения.
- Вмешательства в случае детей и подростков часто нацелены на то, чтобы обеспечить дальнейшее их развитие, а не просто восстановить прежний уровень функционирования психики. В отличие от большинства расстройств, свойственных взрослым, в случае многих детских проблем целью ставится развитие

способностей и навыков, а не только устранение дистресса.

## 9.2. Психотерапия неврозов у детей

*Психотерапия* – это комплексное лечебное воздействие на психику больного, а через нее – на весь его организм, с целью устранения болезненных симптомов и изменения отношения к себе, своему состоянию и окружающей среде (Рожнов В.Е., 1985).

Формы психотерапии:

- индивидуальная;
- семейная;
- групповая.

Для обучения детских и подростковых психотерапевтов концептуализации и планированию психотерапии используют схему стратегической модели Оудсхоорна (1993), на основании которой любую проблему можно представить в виде шести уровней.

Уровень 1. Проблемы с внешним социальным окружением.

Уровень 2. Проблемы в семье.

Уровень 3. Когнитивные и поведенческие проблемы.

Уровень 4. Эмоциональные конфликты.

Уровень 5. Нарушения развития и личностные расстройства.

Уровень 6. Биологические нарушения.

А.И.Захаров (1982) предлагает следующую последовательность задач, решаемых в процессе лечения неврозов у детей:

- контакт с больным, его успокоение, создание доверия к врачу и методу лечения;
- уменьшение остроты личностной реакции на невротическое заболевание;

- эмоциональное реагирование и снятие реакций страха;
- разрешение невротического конфликта;
- укрепление психофизиологических возможностей;
- устранение патологических стереотипов реагирования, в том числе защитного типа поведения, принятие себя и других через сбалансированную и более зрелую систему оценок и суждений;
- обучение навыкам адаптивного взаимодействия.

Так же как во «взрослой» психотерапии, для лечения детей предлагается множество методик. В рамках данной книги мы можем только обозначить основные направления. При этом необходимо отметить, что психотерапию тревожных детей необходимо начинать с лечения их тревожных родителей. Высокий уровень тревожности родителей будет снижать эффективность лечебного воздействия, направленного на ребенка.

Одной из основных психотерапевтических методик является **рациональная психотерапия**, которая входит практически во все виды психотерапии. Методика рациональной психотерапии должна найти применение не только в работе психотерапевтов, но и в работе врачей соматических специальностей. Основы данного метода заложены швейцарским невропатологом Dubois (1912), который ставил во главу угла убеждение пациента. В России рациональной психотерапией занимался В.М.Бехтерев, называя ее разъяснительной. Главной мишенью такого лечения является искаженная внутренняя картина болезни, создающая дополнительный источник эмоциональных переживаний. Под внутренней картиной болезни подразумевают «понимание больным своей болезни». Данный термин ввел Р.А.Лурия в 1940-х годах.

Рациональная психотерапия при тревожных расстройствах основывается на разъяснении больному доброкаче-