Экономико-Гуманитарный Институт.

**РЕФЕРАТ.**

По учебной дисциплине

**ОСНОВЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ (ОЗОЖ)**

**Тема:** «Неврозы, их влияние на здоровье » (как выйти из невроза).

**Выполнила**:

Студентка 1-го курса

Экономико-Гуманитарного Института

**Принял** (а)

**Москва; 2007 г**

**ПЛАН.**

**Вступление.**

1. Почему эта тема?
2. **Формы неврозов.**
3. Невротическая реакция.
4. Невротическое состояние.
5. Невротическое формирование характера.
6. **Виды неврозов.**
7. Астенический невроз.
8. Невроз навязчивых состояний.
9. Истерический невроз.
10. Невротическая депрессия.
11. Специфическая депрессия.
12. Психогенный мутизм.
13. Логоневроз.
14. Неврозоподобный энурез.

4.**Заключение - рассуждение**, взгляд и простой совет.

Моя Мама работает на заводе контролёром. И очень часто приходит без настроения или с головными болями. Из любопытства я ходила на этот завод и поняла, что с таким графиком работы, шумом и перенапряжённостью нервы могут сдать. Поэтому я и хочу посвятить реферат теме: «**НЕВРОЗЫ, ИХ ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ» (как выйти из невроза**). Эта проблема актуальна и касается в целом нашего общества и затрагивает все поколения и все возраста.

Термином «психогенные заболевания» вначале называли только истерические расстройства. Затем в эту категорию заболеваний вошли реактивные психозы и неврозы. В.А.Гиляровский для обозначения этих заболеваний предложил термин «пограничные состояния», подчеркивая этим, что указанные расстройства как бы занимают пограничное место между психическим заболеванием и психическим здоровьем, между соматическими и психическими заболеваниями. Травматизация может быть внезапной, неожиданной и постепенной. Действия сильных и внезапных вредоносных воздействий (землетрясение, наводнение, пожар, транспортная катастрофы, нападения, неожиданные известия о смерти) нередко сопровождаются аффективно-шоковыми реакциями, которые в свою очередь могут носить **гиперкинетический** или **гипокинетический**, аналогично реакциям двигательной бури и мнимой смерти, наблюдаемом в животном мире. В этих случаях картина обездвиженности-ступора, чаще бывают недлительными, однако продолжительность их находится в определённой зависимости от продолжительности фактора. При особо значимых для личности моральных потрясений картина психогенного ступора может некоторое время сохранятся и после ликвидации травмирующей ситуации.

**НЕВРОЗЫ.**

Это функциональные заболевания центральной нервной системы, возникающие в психотравмирующей ситуации. При неврозах больные правильно критически оценивают происходящие события и своё состояние. Неврозы проявляются в основном вегетативными, соматическими и аффективными нарушениями. Развитию неврозов способствуют астенизирующие факторы (соматические заболевания, переутомления, интоксикация).

Выделяют основные формы неврозов:

Неврастению, истерию и невроз навязчивых состояний. Заболевания типа неврозов, вызванные соматическими болезнями, сосудистыми поражениями мозга и другими причинами, называют неврозоподобными. В таких случаях следует прежде всего лечить основное заболевание.

**НЕВРАСТЕНИЯ.**

Чаще всего неврастения возникает в связи с переутомлением.

Значительное место в её клинической картине занимает «раздражительная слабость». У больных наблюдается повышенная возбудимость и утомляемость. Такие больные вскоре после начала работы испытывают потребность в отдыхе. Им трудно сдерживать свои эмоциональные проявления: они могут бурно реагировать на незначительное замечание, быть резкими в высказываниях, но очень скоро успокаиваются. Для них особенно трудно ожидание. Например, больной просил не заставлять его ждать даже 1-2 минуты перед дверьми физиотерапевтического кабинета, где он получал процедуры, так как это для него мучительно. С большим постоаянством у этих больных наблюдается расстройство сна. Сон становится поверхностным, больные с трудом засыпают или легко засыпают и также легко просыпаются. Больные во время сна нередко слышат происходящее вокруг. Часты сновидения неприятного содержания. По утрам больные не испытывают чувства бодрости, как это бывает у здоровых людей. Дне наблюдается сонливость, пониженное самочувствие. Больные жалуются, что не могут справляться с прежней работой, временами испытывают неприятные ощущения в различных частях тела. Некоторые считают что у них ухудшилась память. В действительности же речь идет не о снижении памяти, а о нарушении внимания. Ослабевает способность сосредоточивать внимание. **Всё** происходящее вокруг отвлекает. Появляется повышенная чувствительность к болевым раздражителям. В связи с этим больные отказываются от инъекций, просят не брать для исследования у них кровь. Сухожильные рефлексы повышены. Выражены вегетативные расстройства: потливость, гиперемия, сердцебиение, чувство жара и др. Нарушение со стороны половой сферы чаще представлены преждевременной эякуляции.

**ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ НЕВРАСТЕНИИ.**

Сущность неврастении была раскрыта благодаря исследованиям школы И. П. Павлова. Неврастенические симптомы обусловлены ослаблением процессов внутреннего торможения и возбуждения в коре головного мозга. В норме торможение умеряет возбуждение. Клетки восстанавливают свои энергитические ресурсы только тогда, когда они находятся в состоянии торможения. При неврастении ослабевает внутреннее торможение, сон при этом приобретает поверхностный характер. Из-за нарушений сна работоспособность нервных клеток полностью не восстанавливается, отсюда во время работы быстро появляется утомляемость. Нарушение внимания также объясняется ослаблением процессов торможения. Когда человек приступает к выполнению какого-либо дела, в коре головного мозга возникает очаг возбуждения, вокруг которого развивается торможение. Если очаг возбуждения слабый, то и отрицательная индукция вокруг него бывает недостаточной. Поэтому каждый незначительный раздражитель отвлекает больного от основного занятия.

**ЛЕЧЕНИЕ.**

Прежде всего больному необходимо предоставить отдых, строго соблюдать режим работы, чередуя её с отдыхом. Из медикаментозных средств прменяют соли брома, транквилизаторы, хлордиазепоксид, диазепам и др. Хороший эффект дает общеукрепляющая терапия.

**ИСТЕРИЯ.**

Это заболевание получило название от греческого слова “hystera” что в переводе на русский язык означает «матка». В Древней Греции считали, что эта болезнь зависит от блуждания матки по организму. Подлинно научное понимание истерии стало возможно только благодаря работам И.П.Павлова.Клиника истерии весьма разнообразна, некоторые её проявления напоминают симптомы других болезней, за что истерию называют «великой подражательницей». Главнейшие проявления истерии: истерический припадок, вегетативные и сенсомоторные расстройства.

**ИСТЕРИЧЕСКИЙ ПРИПАДОК.**

Истерический припадок связан с какими-либо внешними раздражителями, особенно с моментами, травмирующими психику больного, или если настоящая ситуация напоминает неприятные переживания прошлого. При истерическом припадке установить какую-либо последовательность в движениях больных не представляется возможным. Это связано с тем, что характер движений отражает переживания больного. Сознание при этом никогда не бывает полностью затемнено, можно говорить лишь о его сужении. Поэтому реакция больных на внешнюю обстановку до известной степени сохраняется. Продолжительность истерического припадка может быть от нескольких минут до нескольких часов. Припадок бывает более продолжительным, если вокруг больного находятся люди. Истерические припадки возникают днём. Больные не получают тяжелых повреждений, как это бывает при эпилептическом припадке. При истерическом припадке реакция зрачков на свет сохранена, вызываются и остальные рефлексы. Истерические припадки могут напоминать сердечный приступ, обморок или какое-либо другое соматическое заболевание. При истерии встречаются двигательные и чувствительные расстройства. Из двигательных нарушений наблюдаются порезы и параличи, гиперкинезы. При истерическом параличе тонус мышц не изменяется, сухожильные рефлексы не нарушены, отсутствуют патологические рефлексы, нет атрофий. В клинической картине паралича нет признаков органического поражения центральной или периферической нервной системы. Своеобразным двигательным расстройством при истерии является так называемая астазия-абазия, сущность которой сводится к тому, что больной не может стоять и ходить при сохранности всех движений и координации в ногах во время обследования его в постели. Гиперкинезы при истерии носят разнообразный характер: дрожание рук, ног, всего тела. Реже наблюдаются расстройства речи:

Мутизм (немота), заикание, афония (беззвучность голоса) или глухонемота(сурдомутизм). При истерии встречаются расстройства желудочно-кишечного тракта: рвота, парез кишечника,икота. Бывают истерическая слепота (амавроз), блефароспазм. Нервные клетки различных областей коры мозга под влиянием внешних раздражителей могут стойко затормаживаться. В результате этого возникают параличи, глухота, слепота. Характер больного истерией имеет много общих черт с характером ребёнка. У детей кора ещё недостаточно развита, и в их поведении большую роль играет подкорковая область. При истерии наблюдается повышенная эмоциональность. Эмоции оказывают определённое влияние на течение представлений. При принятии решения, делая какое-либо умозаключение, больной истерией руководствуется не разумом, а чувством. Лечение предусматривает использование психотерапии, различных физиотерапевтических средств, общеукрепляющее лечение. Больные истерией нуждаются в чутком и внимательном отношении к ним персонала. Больным длительно назначают малые дозы нейроплегиков (аминазин ).

**НЕВРОЗ НАВЯЗЧИВЫХ СОСТОЯНИЙ.**

Заболевание возникает у лиц с тревожно-мнительными чертами характера. В начале возникают навязчивые страхи (фобии). Страхи сопровождаются выраженными вегетативными расстройствами: сердцебиение, потливость, перебои в работе сердца и др. При длительном течении болезни могут возникнуть навязчивые сомнения. Больные обычно скрывают от окружающих свои навязчивые переживания, трудоспособность их сохраняется, когда болезненные явления становятся резко выраженными, больные обращаются за помощью. Навязчивые состояния усиливаются при утомлении.

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ основой навязчивых состояний является инертный очаг возбуждения или ультрапарадоксальная фаза.

**ЛЕЧЕНИЕ.**

Используют медикаменты: бромиды, мепротан, хлордиазепоксид, левомепромазин. Антидепрессанты (амитриптилин, имизин), барбамил - кофеиновые растормаживания. Больные испытывают определенное облегчение после проведения психотерапевтической беседы; показана аутогенная тренировка.

**ЯТРОГЕНИИ.**

**ЯТРОГЕНИИ –** болезненные состояния, которые возникают в результате неправильного поведения медицинского работника в отношении больного. Беседуя с больным, надо всегда очень осторожно высказываться относительно его здоровья. Не рекомендуется употреблять специальные термины, которые больной может неправильно истолковать. Так, у одной больной заболевание развилось после неосторожного высказывания медицинского работника санатория.

У неё диагностировали заболевание сердца. В санатории больная предпочитала проводить время в парке. Во время беседы врач сказал, что в связи с болезнью сердца она может без отдыха проходить только от скамейки к скамейке. В тот же день больная, пройдя несколько десятков шагов, почувствовала боль в области сердца и вынуждена была сесть, а затем совершенно уже не могла ходить. Состояние её улучшилось только после лечения в психиатрической клинике. Надо постоянно помнить о том, что многие больные очень внимательно прислушиваются к высказываниям медицинских работников относительно диагноза, прогноза болезни и из услышанного делают выводы, которые травмируют их психику.

**ЭТИ МНОГОЛИКИЕ НЕВРОЗЫ.**

**НА НЕРВНОЙ ПОЧВЕ.**

Итак, мы уже перешли к расстройствам, лежащим на границе нормы и патологии. Многие из проблем пограничной психиатрии столь переплетены друг с другом, что отделить их бывает весьма очень трудно, но сделать это необходимо. Поэтому следует подчеркнуть некоторую условность разграничения многих пограничных нарушений.

Самым частым среди них является невроз. Это всегда следствие межличностных конфликтов и психологического напряжения в отличие от неврозоподобных расстройств, внешне похожих на неврозы, но имеющих не психогенное происхождение. К факторам, способствующим возникновению неврозов, относятся специфические особенности личности, включая инфантилизм, невропатию, психопатические черты характера, крайние варианты нормальных характеров, о которых речь пойдёт позже, психофизическая ослабленность вследствие болезней, истощений, интоксикаций и пр.

Несмотря на то, что термин «невроз» предложен английским врачом **КУЛЛЕНОМ** ещё в 1776 году, только в ХХ веке началось последовательное и глубокое изучение этого расстройства. В 1913 году выдающийся немецкий психиатр Карл Ясперс (1883-1969) подчеркивал, что невроз для своего определения должен отвечать трём основным критериям психогенных заболеваний: Он вызывается психической травмой;

1. Содержание травмы отражается в клинической картине болезни;

2. Невроз появляется, как правило, вслед за психической травмой и чаще всего уменьшается или вообще прекращается после исчезновения или дезактуализации психотравмирующих моментов. При неврозе имеет место сознание своей болезни и стремление избавиться от страдания. По форме проявления невроз может быть невротической реакцией (кратковременное и быстро обратимое психогенное нервнопсихическое расстройство), невротическим состоянием (более продолжительное и медленно обратимое) и невротическим формированием характера, когда факторы, вызывающие невроз уже не просто «звучат» в картине болезни, а вызывают выраженные характерологические изменения.

**СРЕДИ НЕВРОЗОВ ВЫДЕЛЕНЫ:**

1.астенический невроз (неврастения), вызванный психическими травмами, переутомлением, нарушением режима и суточного ритма;

2.невроз навязчивых состояний, проявляющийся болезненной склонностью к образованию навязчивостей в двигательной, эмоциональной и интеллектуальной сферах.

3. Истерический невроз и некоторые другие.

У детей и подростков чаще, чем у взрослых, встречаются системные неврозы, при которых, помимо свойственных тому или иному виду невроза симптомов, имеются преимущественные поражения функции отдельных систем, следствием чего является, например, заикание, недержание мочи, исчезновение речи. (мутизм). Имевшая хождение долгие годы точка зрения, согласно которой прогноз неврозов всегда благоприятный, в последнее время серьёзно пересмотрена. Прогноз невроза зависит как от непосредственных причин болезни, так и от факторов и условий, способствующих появлению болезни. Нередко внешние причины являются лишь пусковым механизмом невроза, болезнь не исчезает в таких случаях после устранения этих внешних причин. Описываются остаточные невротические состояния как следствие длительно протекающих неврозов. В более лёгких случаях, когда в происхождении невроза психотравмирующие факторы играли большую роль, чем внутренние условия, прогноз значительно улучшается.

**ШКОЛЬНЫЕ НЕВРОЗЫ.**

В общественно-политической, а также порой и в психологической и педагогической литературе используют термин «школьный невроз», понимая под ним как бы особый невроз, якобы вызванный посещением школы и проявляющийся в массе симптомов, среди которых доминирует нежелание ребёнка идти в школу. Этот термин был особенно популярен в 1960-е годы, потом его стали применять всё реже. Почему? Дело в том, что практически все неврозы у школьников сопровождаются нежеланием посещать школу. Это касается и всех других психических расстройств у школьников. Ясно, что всякие психические отклонения приводят к выраженной в той или иной степени социальной дезадаптации. В природе ещё не описано болезней, благодаря которым человек был бы способен работать дольше и продуктивнее здоровых. У школьника социальная жизнь сводится главным образом к учебе. Если он серьёзно заболел, то неминуемо нарушается школьная адаптация и в некоторых случаях ученик перестаёт посещать школу. Это бывает и при многих неврозах, и при других психогенных расстройствах, о которых мы ёщё много будем говорить. Бывает и иное: само посещение школы неприятно ребенку, действует на него угнетающе, он избегает посещать школу. Или оттого, что там его обидели, или учителя слишком строги (с его точки зрения), либо он не выучил урок и боится показать свою несостоятельность, или, быть может, школьнику хочется идти по пути наименьшего сопротивления и он любой ценой не идёт в школу? Вариантов человеческого поведения тут бесконечное множество и в этой книге речь идёт только об их патологических проявлениях. Итак, у школьников практически не бывает выраженных неврозов, которые не проявлялись в школе или не были связаны с её посещением.

**ДЕПРЕССИЯ В МАСКЕ И БЕЗ.**

Почти все психические расстройства, кроме протекающих с интеллектуальной недостаточностью, окрашены в печальные, грустные тона. Конечно, далеко не все печальные люди психически больны, но почти все душевнобольные печальны. Впрочем, сеть одна болезнь (в наши дни довольно редкая), которая иногда проявляется в болезненно повышенном настроении. Речь идет о маниакально-депрессивном психозе. При этой болезни чередуются депрессия (тоска, скорбь, скованность) и мания (безоблачно веселое настроение с чрезмерной говорливостью, подвижностью и пр.). Маниакально- депрессивный психоз у детей не бывает, он регистрируется у подростков и в более старшем возрасте. По не совсем понятным науке причинам маниакально- депрессивный психоз в наши дни переменил свои проявления: маниакальная фаза стала встречаться редко, в основном болезнь исчерпывается депрессивной фазой, да и депрессия сейчас чаще всего не такая, как прежде. Она сглаженная, смягченная, не так бросающаяся в глаза. Зато обычно более длительная, растянутая во времени. Слово « депрессия » употребляют в разных смыслах – в научном, общежитейском и литературном, в последних двух случаях депрессией чаще всего именуют то, что на самом деле депрессией не является.

**ДЕПРЕССИЯ.**

Сильная тоска, сопровождающаяся чувством отчаяния и тревоги. Помимо депрессии бывает гипотимия (снижение настроения, знакомое едва ли не каждому человеку, но носящее кратковременный и невыраженный характер; **ГИПОТИМИЯ** сопровождает почти все психические болезни и бывает также и у совершенно здоровых людей). У детей и подростков часто регистрируют **ДИСТИМИЮ** – такое кратковременное нарушение настроения, которое является раздражительностью, плаксивостью, капризностью, вегето-сосудистыми расстройствами. Если человек встал утром « с левой ноги», т.е. злобен, раздражен, всем делает замечания, всем недоволен, ищет на ком бы сорвать злобу, то в таких случаях говорят о **ДИСФОРИЯХ,** которые бывают у больных эпилепсией и у лиц с органическими повреждениями головного мозга.

Истинные же депрессии, конечно, существуют, и не так редко. Они бывают не только при маниакально-депрессивном психозе, но и практически при всех душевных расстройствах.

**НАПРИМЕР:**

Нет и не может быть ни одного выраженного невроза, который бы не протекал с пониженным настроением, в некоторых случаях депрессивным. Нередко депрессивное настроение как бы прикрывается другими расстройствами, например **СОМАТИЧЕСКИМИ.** Начинают давать такому больному, который долгое время маялся по терапевтическим кабинетам, препараты, снимающие депрессию (антидепрессанты), как его соматическое состояние резко улучшается. Вот и говорят о депрессиях в маске соматического заболевания.

Чаще всего в практике детского и подросткового психиатра встречаются: **НЕВРОТИЧЕСКИЕ ДЕПРЕССИИ И СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ДЕПРЕССИИ** у подростков. В чем смысл невротических депрессий? Человек испытывает неблагоприятное психическое воздействие (оно неблагоприятно лишь для данного индивида, 99% других людей это воздействие не воспринимают как неблагоприятное), у него ухудшается настроение, он испытывает чувство своей неполноценности, ущербности, ругает себя, ищет у себя всевозможные недостатки и т.д. Все это сочетается с невротическими нарушениями сна, аппетита и пр. Но в любом случае на первый план выходит стойкое понижение настроения, зависящее от ситуации. Вот это расстройство ученый из ФРГ **Х. ФЕЛЬКЕЛЬ** и назвал «**невротической депрессией».** В нашей стране оно было подробно описано **НАДЕЖДОЙ ДМИТРИЕВНОЙ ЛАКОСИНОЙ В 1970** году. У детей невротическая депрессия – это не столько **гипотимия и дистимия.** Протекает она медленно, успешно излечивается. Помимо лекарств, тут помогает чувство юмора как у педагога, так и школьника, максимальная занятость (труд – лучший лекарь всех психических заболеваний у детей и подростков), оптимистическое воздействие класса и семьи.

Депрессия у подростков – это совсем другое дело, до конца ещё не изученное. Давно известно, что данный возрастной период, хотя это и «опьянение без вина» (**ГЕТЕ**), часто сопровождается грустью и печалью, которые нередко достигают такой степени, что подросток добровольно расстается с жизнью. Депрессии у подростков могут выступать в «чистом» виде и в какой-то маске (чаще соматической). Обычно во втором случае подростки жалуются на общую разбитость, пониженное настроение, отсутствие аппетита, непонятные боли в разных частях тела. Если жалобы затянулись, если поведение больного вызывают опасение у окружающих, то такого подростка лучше консультировать с педиатром, а тот решит, нужно ли обращаться к психиатру. Подобные депрессии обычно излечиваются без следа, нужно только правильно их лечить. Но если речь идет о депрессии, то всегда нужно быть начеку: почти все самоубийства совершаются, когда настроение понижено, когда одолела тоска и потерян смысл жизни. Всякое неуважение к школьнику, грубое отношение к нему (учитывая тем более повышенную ранимость подростков, их чрезмерную чувствительность ко всякого рода замечаниям и нотациям) - это и многое другое могут вызвать пониженное настроение или резко заострить его, а от этого до непоправимой беды один шаг.

**ПОЧЕМУ У МЕНЯ НЕВРОЗ, А У СОСЕДА НЕТ?**

Что предрасполагает к неврозам? Ведь у всех людей бывают неприятные переживания и всякие – порой очень сложные - проблемы, а неврозы возникают далеко не у всех и по-разному протекают: у одних проходят быстро и бесследно, а у других тянутся годами. Понятно, что дело не в самих психических травмах, а в том, как их воспринимают люди. Ведь некоторые люди как бы предрасположены к тому, чтобы быстрее и глубже воспринимать удары судьбы; миллионы людей переносят всевозможные обиды, неудобства, тяготы, и большинство из них довольно легко и быстро приходят в себя и сразу или постепенно, но забывают то, что с ними происходило. Одни выносливы и сильны, другие слабы, обстоятельства могут их «сломать». Часть из таких наиболее слабых и податливых к необычному восприятию внешних воздействий людей – это физически больные, соматически ослабленные люди, многие из них пребывают в том возрасте, когда возрастают ранимость и беззащитность (это чаще всего дети, подростки и старики), а некоторые – это субъекты конституциональной психической слабостью. Это сборная группа людей, у каждого из которых свои особенности, и не любая психическая травма может привести их к неврозу; как каждому замку соответствует свой ключ, так и каждой аномальной психической конституции должна соответствовать определённая психическая травма, способная вызвать невроз. Если содержание травмы и особенности личности не совпадают то никакого невроза и не будет. Мы знаем подростков с такими особенностями характера, благодаря которым человек равнодушен ко многим явлениям, для большинства людей являющихся психической травмой, но обостренно реагирует на то что обычные люди почти не обращают внимания; такой субъект например может равнодушно отнестись к смерти своих близких, но горячо переживать утрату любимой марки или политические в отдалённых от него краях. Бывает иначе. Вот один из монологов.

Например, полёт на самолете – для меня многодневная драма: задолго до полета я мучаюсь, боюсь, не сплю, теряю аппетит, весь свет мне не мил, вспоминаю все случаи авиакатастроф, представляю как мой самолёт разбивается жалею себя- ведь жизнь прожита а в ней мало чего хорошего было, всё надеюсь, что впереди будет что –то необычное оправдывающее мое пребывание на земле. И вдруг смерть. Фу, какой ужас! Доктор я не сумашедший? Слава богу, что нет но от этого мне не легче. Лечение неврозов не может быть некомплексным. Исключение психотравмирующих ситуаций, отреагирование вовне болезненных переживаний, уменьшение психическогонапряжения значительно помагают таким больным. Общеукрепляющее и успокаивающее лечение в сочетании с правильно проводимой психотерапией могут привести к безусловному успеху, что убедительно подтвердили Олег Александрович Трифонов и многие другие современные детские психиатры. О неврозах много пишут и много говорят. Некоторые учёные рассматривают нынешнее широкое распространение неврозов как своеобразную расплату за повышение темпа жизни. С нашей же точки зрения серьёзных оснований для пессимизма нет: пластичность нервной системы человека поразительна, человек быстро привыкает к самым разнообразным и в прошлом, казалось бы, немыслимым перегрузкам, причем у большинства не возникает никаких неврозов. Исключить неврозы можно если в каждом школьном коллективе, в каждой семье, в каждом случайном микросоциальном объединении (например, в очереди в магазине, люди будут щадить друг друга не станут портить себе нервы, не будут ссориться по пустякам, если они научатся разумно строить свои отношения друг с другом и следовать принципам психогигиены. Важную роль в профилактике неврозов играет также исключение пьянство, так как подавляющее большинство детей становятся невротиками из-за скандалов и ссор, виновниками которых явилось пьнство родителей. Алкоголизм отцов является важнейшим невротизирующим фактором, приводящим к психиатру детей, жен и соседей пьяниц. Уменьшить возможность неврозов можно также, если люди будут преодолевать свою мнительность, не будут чрезмерно фиксироваться на своих болезненных ощущениях и искать у себя симптомы болезней, ибо кто ищет, тот всегда рано или поздно найдёт. Как добиться ликвидации психических травм и микросоциальных конфликтов, приводящих к неврозам? Психиатр не может дать ответ, годный на все случаи жизни. Все хорошие советы человечеству давным-давно уже даны, тысячи мудрецов разных эпох и в разных странах призывали людей лучше друг к другу относиться, не воевать, не унижать друг друга. Сотни корифеев педагогики опубликовали тысячи статей – предупреждений обращенных к своим коллегам, с просьбами и требованиями быть милосердными к своим ученикам. Быть понимающими, вежливыми. Интеллигентными, уважать в школьнике чувство собственного достинства, не унижать юное существо. Легионы писателей – моралистов громко, на весь мир обличали жестокость, злобность взрослых, мстящих детям за свои собственные неразрешимые проблемы. Ф.М. Достоевский на всю планету взывал к обезумевшим от взаимной ненависти людям: опомнитесь, пожалейте детей! Помогли ли эти призывы, советы, обвинения? Всякий, кто будет вновь говорить о них, будет в лучшем случае повторяться. И голос его на фоне голосов Толстого или Достоевского вряд ли будет услышан. Однако повторять надо, другого выхода нет. Ведь слушаемое, но не услышанное сейчас, может быть понято в будущем.

**КОГДА МОЛЧАНИЕ – НЕ ЗОЛОТО.**

Мальчику было 10 лет, когда у отца начались запои, длившиеся по 2-3 недели. В это время отец пропивал вещи, хулиганил, избивал жену, выгонял из дома сына, Мальчик в меру своих сил защищал мать, плакал, умолял отца не пить. Но всё было напрасно. Постепенно ребёнок всё больше ожесточался по отношению к отцу и назло в его присутствии молчал. «Слова от него не добьёшься дома, в школе со всеми говорит нормально, а дома молчит, словно воды в рот набрал. Если отец трезв, сын ещё как–то разговаривает, но если пьян, то звука от него не дождёшься. Я спрашивала его, отчего молчишь, а сын в ответ: «Разойдись с отцом, не могу видеть его пьяную физиономию. Пока не разойдёшься или пока он не бросит пить – буду молчать». Больше того: стал молчать вообще в присутствии всех пьяных мужчин и женщин. Как придут на праздники родственники, поставлю выпивку, сын немедля замолкает, назло молчит. Чем его отучить, не знаю. Била – он ещё больше молчит. Может, он заболел?» - изливала своё горе мать. Итак, случай умолкание ребенка в психотравмирующей ситуации носило характер реакции протеста. Бывают и другие случаи психогенного молчания.

Робкая, впечатлительная, очень ранимая второклассница оказалась свидетельницей автомобильной катастрофы. Всё случилось на её глазах в считанные минуты: рядом с ней столкнулись две легковые машины, оба водителя погибли, немедля собралась толпа, возбужденно обсуждая случившееся. Девочка была потрясена увиденным. Она прибежала домой и хотела рассказать матери, но ни звука не произносила. Мать перепугалась и отвела ребёнка к детскому психиатру. Тот провёл ей сеанс лечебного внушения, и речь полностью восстановилась.

Итак, что же это за расстройство, наиболее типичные примеры которого мы привели?

Врачи и логопеды выделяют следующие основные расстройства речи:

* **Алалия – врождённое отсутствие речи;**
* **Афазия – исчезновение нормально развитой речи под влиянием сотрясений мозга, ушибов головы, воспалений мозгового вещества;**
* **Афония – утрата звукопроизношения (нет голоса).** Если же дотоле нормально сформировавшаяся речь исчезает под влиянием психических потрясений или каких – либо иных психических травм, то это называется  **мутизмом** (от латинского мутус – молчание).

Мутизм может быть выражен по – разному.

1.Если мутизм постоянный, его называют **тотальным**.

2.Если он проявляется лишь в определённых ситуациях, то именуется **избирательным**.

Причины психогенного мутизма – неблагоприятные психические воздействия: хронические, субшоковые, шоковые. Механизмы же различны. В одних случаях мутизм вызван реакциями пассивного протеста (мы называем его патохарактерологическим мутизмом). В других он обусловлен механизмами, неоднородными по своему характеру. Есть два главных невротических механизма мутизма:

* **ИСТЕРИЧЕСКИЙ**
* **ФОБИЧЕСКИЙ**

Первый проявляется, когда от психической травмы шокового характера речь парализуется и отнимается.

Второй – результат страха речи (логофобия). Он всегда избирателен: в психотравмирующей ситуации ребёнок молчит, в других говорит нормально. Бывает и смешанным мутизм: и истерический и фобический одновременно.

**МУТИЗМ –** расстройство преимущественно школьного возраста. У взрослых он встречается редко. Формирующаяся речь ребёнка – самая молодая функция психики. Поэтому она чаще всего и ломается под влиянием самых разнообразных вредных факторов. Оттого так распространены в школьном возрасте заикания и мутизмы (они часто сочетаются). Прогноз этого расстройства обычно хороший, нужно только вовремя начать его лечить. Однако это лечение будет неэффективным, если медикам не будут помогать родители и педагоги. Мы уже привели примеры, как неправильное поведение родителей и школы приводит к мутизму, а таких примеров можно привести очень много.

Есть в современной психотерапии два понятия: психотерапия среды и психотерапия средой. Что это такое? Под психотерапией среды понимают улучшение психологического климата в семье, классе и школе, где учится пациент, ведь болезнь просто так не появляется, она всегда результат неблагоприятных воздействий и конфликтов среди людей, окружающих человека. Дети чаще всего и являются жертвой неправильного поведения взрослых. В некоторых случаях изменить микросоциальную среду не удается. Тогда нужно изъять ребенка из этой среды: перевести в другой класс, детский сад, пионерский лагерь, санаторий. Это и называется психотерапией средой. Порой и бывает так, что ребенка изъяли из ненормальной среды и мутизм прекращается безо всякого медикаментозного воздействия. Дети с мутизмом нуждаются в бережном отношении. Их не нужно наказывать и требовать от них речи. Известны случаи, когда детей с мутизмом сурово высмеивали, ругали, оскорбляли, унижали, в первые минуты урока вызывали к доске и не отпускали до конца урока (« пока не заговорит») – всё это только ожесточает ребенка, усугубляет его состояние. Особенно нужно быть деликатным и осторожным в отношении детей с лишком чувствительных, обидчивых, ранимых – в силу своих индивидуальных свойств они предрасположены к невротическим расстройствам и реакциям протеста. Встречаются и другие виды мутизма.Эти малоразговорчивые ребята отличаются своей удивительной спосбностью замыкаться в себе под воздействием самых незначительных причин. Потерял марку, о чем-то прочитал, кто–то на него косо посмотрел – и такой ребенок и без этого отличающийся малой разговорчивостью, умолкает, и ничто не может его побудить к речи. Предусмотреть все случаи которые могут быть для такого ребёнка психотравмирующими, невозможна. Сами по себе неблагоприятные воздействия являются не причиной а предлогом усиления в таком индивиде его природной молчаливости. Этот вид мутизма называется

**АУТИСТИЧЕСКИМ.**

Реже встречается мутизм в рамках тяжелых душевных заболеваний, но в таких случаях тяжесть расстройства столь велика а странности в поведении ребенка столь заметны что пациента немедля ведут к специалисту. Одно из самых на земле расстройств – заикание заключается в нарушении координации речедвигательных актов. Поэтому человек либо не может начать слово, либо судорога возникает вовремя произнесения слова и тогда звуки растягиваются, либо эти расстройства комбинируются. Заикание встречается в основном в школьном возрасте. У взрослых людей оно почти всегда продолжает заикание, начавшееся в 2-3 летнем возрасте, т.е. в момент становления речи. Прежде заикание рассматривалось как однородное расстройства: дескать, существует такая болезнь под названием заикание. Если и делили заикание на формы, то в зависимости от того каков характер судорог речевой мускулатуры. Так как заикание считали единым заболеванием, то всех заикающихся и лечили одинаково. В 1973 году в первые были выделены две основные формы этой патологии (М.И. Буянов с соавторами) появилось множество работ показывающих неоднородность заикания, его различное клиническое содержание, прогноз и т.д. Естественно, что роль семьи и школы в отношении разных форм заикания. Заикание- это симптом разных расстройств и тактика в отношении этого симптома в каждом конкретном случае должна быть различной. Заикание может возникать в рамках самых разнообразных заболеваний, но чаще всего оно встречается при логоневрозе и неврозоподобном речевом синдроме.

**ЛОГОНЕВРОЗ – ЭТО НЕВРОЗ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ** ПОРАЖЕНИЕМ **РЕЧИ Т.Е. ЭТО ОСОБАЯ БОЛЕЗНЬ.**

Часто неврозы повторяются у детей и подростков. В силу незрелости и хрупкости их психики несформированности систем защиты от психических нагрузок, стрессов, дети и подростки легче поддаются тем воздействиям которые для более зрелых и взрослых людей проходят бесследно. В одних случаях под влиянием психической травмы ( обычно шоковой или субшоковой ) речь в начале отнимается а потом восстанавливается, но уже с заиканием. В других – под влиянием психической травматизации ( в основном хронической ) постепенно формируется страх речи, а вследствие его и заикание. Поэтому, когда ребёнок волнуется, боится говорить, он заикается; если не волнуется говорит превосходно. Стало быть, заикание психогенного происхождения всегда не постоянна, оно возникает лишь при волнении, связанном с речью, и может достигать такой степени что ребенок умолкает,это, как уже отмечалось называется мутизмом. Логоневроз складывается из разных по происхождению психогенных видов заикания, страха речи ( логофобия ), мутизма и других симптомов. Обычно к признакам невротического поражения речи примыкают и невротические нарушения сна, аппетита, настроения, общее чувство дискомфорта и т.д. Логоневроз сказывается и на развитии личности школьника. У одних детей под влиянием длительного невроза речи нарастают робость, нерешительность. Застенчивость и другие астенические черты. У других – усиливается отгороженность, молчаливость, стремление избегать общения – это псевдошизоидные свойства личности. Третьи становятся очень возбудимыми, раздражительными, драчливыми, злобными – это возбудимый вариант невротического формирования личности. Четвертые переполняются навязчивыми сомнениями, тревожной мнительностью, чувством незавершенности действий и другими симптомами тревожно – мнительного варианта затянувшегося невроза.

**НАПРИМЕР:**

В 4 года девочку покусала собака. За это время девочка заболела неврозом. Дело осложнялось тем, что бабушка и мать постоянно внушали девочке, чтобы она меньше общалась с собаками, т.к. они «бешеные». Эти знания в данной ситуации принесли вред. После укуса собаки девочка стала жить одним тревожным ожиданием: придется ли ей принимать уколы от бешенства? От потрясения у девочки отнялась речь, исчез сон она постоянна плакала выглядела грустной, почти ничего не ела и молчала. Затем она стала говорить, но говорила с сильным заиканием. Через 2-3 недели острота переживаний уменьшилась, нормализовались сон и аппетит, улучшилось настроение. Девочка была бы уже здоровой. Если бы не заикание. Оно было очень непостоянным: то пропадало, то возникало. Как ив дошкольном возрасте. Заикание сопровождалось плохим настроением, страхом речи, чувством общего эмоционального напряжения. Чем больше девочка думала о своей речи, тем сильнее было заикание. Чем больше отвлекалась от печальных дум, тем меньше заикание проявлялось, а временами вообще исчезало. Когда девочку спрашивали где у неё возникали судороги, она всегда показывала на горло: в этом месте будто перехватывало дыхание, будто комок подкатывался, нечем было дышать от страха и от тревоги. В состоянии затянувшегося невроза с преимущественным поражением речи больная была консультирована нами. Мы диагностировали у неё невротическое формирование личности, требующее стационарного лечения. Пройдя курс терапии, девочка выздоровела. Как же её лечили? Её отвлекали от дефекта речи, проводились сеансы внушения в бодрствующем и гипнотическом состоянии, внушали веру в себя, веру в излечение. Лечение носило характер коллективной психотерапии (о психотерапии мы расскажем позже). Совершенно иной подход к детям с неврозоподобным речевым синдромом (иначе неврозоподобным логосиндромом). В 17 летнем возрасте пациент влюбился. Его подруга твердо заявила парню: « мне стыдно с тобой ходить в гости, ты говоришь очень невнятно, давай-ка избавляться от заикания ». Эти слова произвели на юношу куда более сильное впечатление, чем уговоры всех родственников и педагогов, вместе взятых: он обратился к логопеду, принялся усиленно заниматься и уже через 2-3 недели говорил вполне прилично.

Таким образом, общим для пациентов с неврозоподобным речевым синдромом является не психогенный характер паталогии и речи, это не невроз (невроз всегда психогенен), а нечто похожее на невроз-неврозоподобное расстройство. Все лица с подобными нарушениями не переживают свой дефект, они относятся к нему равнодушно. Конечно, если их спросить, хотят ли они избавиться от заикания, то, если эти пациенты не слабоумны, они ответят утвердительно, но сами палец о палец не ударят без напоминания со стороны следить за речью. Здесь заикание порой очень выражено, а переживаний поэтому поводу нет.

Стоит ли заставлять ребенка избавляться от неврозоподобного заикания, если он сам не считает нужным это делать? Мы отвечаем: а стоит ли отбирать у младенца спички, который, не ведая, что творит, может спалить весь дом? Сравнивать эти две совершенно разные ситуации нельзя: от заикания никто не погибал, а от пожара люди гибнут. Ясно лишь одно: нужно испробовать все способы давления на ребенка с целью заставить его активно лечиться от заикания. Если же это не получается, то нужно на время оставить его в покое. Если стержнем большинства форм логоневроза является логофобия, то стержнем неврозоподобного речевого синдрома является тахилалия – она прчина причин, на неё и направлено все лечение. Чтобы снять тахилалию нужно принимать соответствующие препараты и обязательно следить за речью (в отличие от лечения пациентов с логоневрозом). Больных логоневрозом лечат психиатры и лечат в основном психотерапевтическими методами, лиц же с неврозоподобными нарушениями речи лечат в первую очередь медикаментозно с обязательными занятиями у логопеда. Какова тактика педагогов и родителей в том и другом случае? В общих чертах я ее уже описал. При логоневрозе необходимо максимально щадащее отношение к ребенку, необходимо всячески отвлекать его от речевого дефекта; При неврозоподобном же нарушении речи следует быть более строгим, требовать от больного выполнять правила речи, следить за ее темпом. Если же будем делать все наоборот, то принесем только вред. Если же ко всем будем относиться одинаково, то кому-то поможем, кому-то нет, а кого-то сделаем тяжким инвалидом. Результатом излечения зависит не только от правильной квалификации нарушения речи, не только от адекватного лечения и продуманных занятий с логопедом, но и от личностных особенностей пациента. Всегда ли возможно деление заикания на невротическое и неврозоподобное? Почти всегда, новедь возможны и смешанные формы (они встречаются в подростковом периоде), тогда лечить труднее: две болезни более тяжелы, чем одна. Все ли больные излечиваются от заикания? Я бы ответил так: все кто хотят избавиться от него и прилагают к этому усилия, от заикания избавляются. Дети с логоневрозом выздоравливают быстрее, чем дети с неврозоподобным речевым синдромом, т.к. в последнем случае меньше критика своего состояния и больше наплевательского отношения к своему здоровью. Так лечение заикания всегда должно быть комплексным: некомплексное лечение бессмысленно. Комплексность означает, что на заикающегося действуют медики, логопеды, педагоги и конечно родители. Если хотя бы звено не срабатывает, помочь больному очень трудно. Если в глазах общественного мнения с пьяниц – родителей и спросить нечего, то на учителя смотрят все и смотрят пристально, и если замечают его промохи, то плохо думают уже о всей профессии о всех его коллегах. Вина учителей состоит не только в способствовании появления невроза, но и в том, что педагоги вовремя не заставили пациентку пойти к врачам. Мутизм, заикание излечатся это несложно. Труднее гармонизовать характер больной, который, по- видимому, и раньше был непрост, но еще больше деформировался под влиянием длительного основного заболевания. Но ни при каких обстоятельствах нельзя терять оптимизма и надежды: и эта больная, которая, казалось бы, очень давно и тяжело больна, будет здоровой, если будет правильно лечиться.

**ДИАЛОГ О СИНДРОМЕ ТУРЕТТА.**

Девочке девять лет. С трех – четырех лет у нее заикание и различные подергивания мышц лица - это врачи называют тиками. Мы лечились у невропатологов. Заикание и тики, то уменьшались, то исчезали. С раннего детства девочка была двигательно расторможена, суетлива, не находила себе места, ни секунды не могла сидеть за столом носилась как угорелая. В 7 лет возникли новые явления. Она помимо своей воли, хрюкает, визжит, лает, и нецензурно бранится. Хрюканье, визг и прочее ( врачи называют это **вокализацией** ). Эти явления появляются к вечеру. Стоит девочке переутомиться, не поспать после обеда, набегаться или понервничать, как она принимается хрюкать и лаять. Приходит домой, подготовит уроки, устанет, - и появляется лаянье и – самое страшное- омерзительная площадная брань. Девочка ищет помощи, плачет, просит свести её к специалисту. Многие считают это просто распущенностью. Но это болезнь. И называется она синдромом **ЖИЛЯ ДЕ ЛЯ ТУРЕТТА** в честь французского ученого, который в 1884-1885 годах описал девятерых взрослых пациенток у которых имелись те же симптомы. Сам Жорж Жиль де ля Туретта (1857-1904) предполагал что подобные больные неизлечимы и кончают жизнь слабоумием, но он заблуждался. Люди с этим заболеванием интеллектуально полноценны. Бывают разные формы заболевания Туретта: в одних случаях прогноз абсолютно благоприятный, в других менее благоприятных и лишь прмерно у каждого пятого вокализация и тики – два обязательных проявления синдрома Туретта сохраняются на долгие годы. От этого заболевания никто не становился инвалидом. В СССР в 1978 году ШАНЬКО описал 45 таких больных. Американские специалисты АРТУР и ЭЛАЙН ШАПИРО 1978 году издали книжку, в которой рассказывают о 250 наблюдениях, из которых 145 они описывают подробнейшим образом. Это уникальное число наблюдений. Пациентов с синдромом ТУРЕТТА наблюдают и невропатологи и психиатры.

**НО ВЕРНЕМСЯ К ОПИСАННОМУ СЛУЧАЮ.**

Врач дал соответствующие рекомендации: после обеда обязательно спать, не переутомляться, вечером пить меньше жидкости. Выписал рецепты: будете давать препараты, уменьшающие двигательную расторможенность и эмоциональную возбудимость. Прошёл месяц. На лекцию явилось много врачей и еше больше родственников пациентов. Объясню в чем дело: есть такие расстройства когда родители больного должны знать всю истину. Если они не будут полностью информированы о сути заболевания они могут впадать в панику, неверно лечить больного или вообще отказываются от лечения. Без помощи родителей вылечить многих больных невозможно (при синдроме **ТУРЕТТА**). Родители больного - незаменимые важнейшие союзники врача. Медик должен научить их выполнять его рекомендации, а остальное зависит от родителей. Главное, лечить, не терять терпения, не поддаваться отчаянию. При неврозоподобном заикании и синдроме ТУРЕТТА необходимо деликатно, тонко, но достаточно решительно требовать от школьников, чтобы они контролировали себя, лучше следили за своей речью или джижениями. При невротических же нарушениях важно, чтобы пациеты были спокойны, чтобы вместе им не напоминали об их дефектах, относились к ним максимально щадяще (но не сюсюкающе!). Педагог должен не только сам не вызывать психоневрологические расстройства у школьников, но и, используя свой авторитет и знания, действовать на родителей своих подопечных, чтобы как-то нормализовать отношения в их семьях. Педагог (как и врач психиатр) не только выполняет свои прямые обязанности, но и является активным социальным работником, неустанно стремящимся гармонизовать запутанные и не всегда легкие отношения между людьми, помня, что его главная задача- счастье детей.

Педагог должен сам не вредить, помогать детям в меру своих сил, приглашать в школу врачей психиатров для чтения научно- популярных лекций для родителей и педагогического коллектива.

К неврозоподобным заболеваниям нервной системы относятся:

 ( **НЕВРОЗОПОДОБНЫЙ ЭНУРЕЗ).**

 Недержание мочи встречается, обусловленное тяжелыми анатомическими дефектами соответствующих систем, травматическими повреждениями, воспалениями и т.д. У многих школьников урологическая (да и всякая другая тяжелая) вызывает чувство своей неполноценности. Стесняясь здоровых, они стремятся уединиться, замкнуться в себе, чтобы избежать насмешек, брезгливого отношения. Недержание мочи, как следствие замедления темпа формирования либо разрушения этой функции органическими заболеваниями нервной системы, называется **неврозоподобным**.В норме регуляция функции мочевыделения формируется к 2-3 годам. Когда она формируется позже чем обычно, дети не удерживают мочу и после 2-3 летнего возраста. Эта патология, как правило проявляется ночью и может быть связана с наследственностью, но чаще бывает вызвана остаточным явлением органического поражения головного мозга.

**НЕВРОЗОПОДОБНЫЙ ЭНУРЕЗ** раннего органического поражения нервной системы не зависит от волнений и других психологических факторов, усиливается же под влиянием переутомления, физических страданий, переохлаждения и пр. Чем старше становится ребенок, тем реже у него встречаются подобные отклонения. Некоторые подростки, у кого ещё долгое время сохраняется недержание мочи, под влиянием переживания заболевания меняются по характеру, у них иногда усиливается робость, нерешительность, замкнутость, отгороженность, чрезмерная ранимость впечатлительность и другие свойства повышенной тормозности.

Разрушиться функция мочевыделения может и под влиянием психических причин.

**В ТАКИХ СЛУЧАЯХ ГОВОРЯТ О НЕВРОТИЧЕСКОМ ЭНУРЕЗЕ. Чаще всего это невротическая реакция, когда под влиянием острой психической травмы кратковременно нарушается соответствующая функция.**

**НАПРИМЕР:**

От страха у ребенка возникла непроизвольное недержание мочи или кала (описывают весьма распространенную - особенно у старшеклассников и первокурсников - так называемую медвежью болезнь: проявление невротической реакцией с дисфункцией кишечника). Обычно невротическая реакция с энурезом длится часы или несколько дней и проходит по мере исчезновения психического напряжения. В тех случаях, когда душевное волнение долго сохраняется и болезненные проявления закрепляются, говорят о невротическом состоянии. Тут больной тяжело переживает свое затянувшееся заболевание. Четкая зависимость невротического недержания мочи от психического состояния приводит к тому, что эти нарушения в отличие от неврозоподобных расстройств, проявляются все-таки непостоянно. Лечение невротического недержания мочи в первую очередь психотерапевтическое при соблюдении, конечно, питьевого режима: вечером не следует употреблять жидкость, перед сном нужно несколько раз сходить в туалет, спать только на спине, следует успокоить больного отвлечь от тяжелых переживаний. С этой целью иногда дают препараты успокаивающего действия: элениум, седуксен и др.

**ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕВРОЗОПОДОБНЫМ ЭНУРЕЗОМ ПЕРВОЕ МЕСТО ЗАНИМАЕТ -** биологическая терапия, направленная на ликвидацию органического поражения и на восстановление утраченной функции. Используются разные препараты, а также специфические тренировки (например: больному рекомендуется мочиться дробно выпуская за один раз не всю мочу а частями ). Если у больного слишком глубокий сон нужно сделать его более поверхностным. С этой целью применяется специальный аппарат, предложенный в 1950 годах курским профессором Борисом Израилевичем Ласковым. Аппарат устроен таким образом, что при появлении первой капли мочи замыкается электрическая сеть, раздается тревожный звонок и больной просыпается. Использовать аппарат Ласкова Ал-2 и препараты пробуждающего действия можно только тогда когда речь идет о неврозоподобном энурезе, связанным с чрезмерно глубоким сном; при невротическом же нарушении использование этих приёмов недопустимо, оно лишь усилит невроз, при котором и без того всегда имеется дефицит сна и лечение направлено на то, чтобы дать больному выспаться. Однако важно не только создавать новые методы, но и разумно использовать уже имеющиеся. Правильное распознавание расстройства и выбор соответствующего лечения гарантирует полное и скорое выздоровление. Детей с невротическим энурезом будить строго настрого запрещено. При неврозах сон обычно ухудшается, становится поверхностным, со множеством сновидений. Больные с трудом засыпают вечерами они испытывают чувство тревоги. Лечение направлено на углубление сна поэтому таких больных ни в коем случае нельзя насильно пробуждать. Что же касается детей и подростков с неврозоподобным недержанием мочи от тут следует помнить что искусственное пробуждение не принесёт пользы и может лишь раздражать пациента. Если с больным не будет проводиться медикаментозного лечения. На фоне этого лечения (особенно в конце его) можно иногда будить пациентов, чтобы поскорее выработать стойкий рефлекс своевременного пробуждения в ответ на позыв на мочеиспускание. В среднем недержанием мочи страдает 5-10% детей. В детских домах и интернатах число детей с недержанием мочи резко возрастает (по данным ряда исследователей, до 25-30%).

**Заключение- рассуждение**

В свою очередь очень хотелось бы видеть своих детей и наше общество полноценными. Чтобы были созданы социальные условия, которые обеспечивали гармоничное развитие личности, удовлетворение духовных запросов человека. Была полная доступность медицинской помощи, велось осуществление просветительных работ среди населения о воспитании детей. Больше было бы литературы и научно – популярных фильмов. Чтобы родители больше уделяли внимания своим детям и умели правильно организовать режим труда, отдыха.. В школах и садах и т.д. правильно организовывали педагогический процесс и распределяли часы занятий и отдыха учащихся с учетом возрастных категорий. Умели заинтересовать ребенка спортом а не бросали улице, которая может повлиять далеко не в лучшую сторону. Хотелось чтобы родители не бросали ребенка на произвол судьбы и не ругались попросту, и чаще ставили себя на место детей. Взрослые те же дети; только в возрасте. Только многие вещи делают уже осознано.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. НЕРВНЫЕ И ПСИХИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ.

Г.В. МОРОЗОВ. В.А. РОМАСЕНКО. С.236 Медицина – 1976 .г

2. БЕСЕДЫ О ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ.

М.И. БУЯНОВ. С.63 Просвещение – 1986 г.