Оглавление

Введение

. Неврозы и психопатии у детей

. Симптомы неврозов у детей

. Лечение неврозов у детей

Заключение

Список литературы

Введение

Актуальность изучения проблемы истерических и невротических реакций у детей связана в первую очередь с увеличением их количества за последние годы, что связано с высоким темпом жизни, повышенной занятостью родителей, информационными перегрузками, техногенными, экологическими катастрофами и другими неблагоприятными факторами для развития подрастающего поколения.

Основой психологического конфликта при истерии является противоречие между личностью и окружающей ее действительностью, не удовлетворяющей обычно высокого уровня притязаний этой личности. Для больных неврастенией характерно стремление к чрезмерным усилиям, превышающим реальные возможности личности.

Основная особенность неврозов у детей обусловлена их развитием у формирующейся личности. Личность в значительной мере определяется типом воспитания ребенка в семье. Различный тип неправильного воспитания ("гиперопека", "неприятие", "потворствующая гиперопека", авторитарное, жесткое воспитание, контрастное, "гиперсоциализирующее" воспитание) искажает нередко биологические особенности личности, темперамент детей.

При этом нарушается направленность реакции ребенка, создаются неблагоприятные черты характера, нередко формируется преневротический личностный радикал. Формирование преневротического радикала приводит к ощущению неполноценности, нарастающей тревожности, подготавливает к неадекватному восприятию так называемого пускового фактора.

При наличии подготовленной почвы любое неосторожное слово, обидное замечание, изменение условий жизни и другие факторы могут привести к неврозу.

Чем моложе ребенок, тем большее значение в происхождении невротических срывов имеют его биологические особенности, в частности невропатия или ранняя детская нервность.

Цель работы - изучить особенности истерических и невротических реакций у детей.

1. Неврозы и психопатии у детей

Неврозы - психогенные, конфликтогенные расстройства нервной деятельности, не всегда обратимые. Неврозы - наиболее распространенный вид психогений, то есть болезненных состояний, обусловленных воздействием психотравмирующих факторов. Они характеризуются критическим отношением к ним, сохранностью сознания болезни, наличием соматических и вегетативных нарушений.

В основе невроза - конфликт между желаемым и действительным. Роль причины играет негативная информация или отсутствие желаемой информации (неизвестность, неопределенность ситуации подчас угнетают более, чем негативная информация). Неспособность человека преодолеть возникшее противоречие и приводит к формированию невроза. Для больных характерна низкая стрессорная устойчивость и микродизонтогенез мозга в части образований, обеспечивающий мотивационно-эмоциональную сферу.

Неврозы не всегда обратимы, так как формируются на основе особенностей личности. Личностные же особенности, ведущие к развитию невроза, достаточно стабильны. Поэтому, несмотря на возможность излечения, те особенности личности, которые обусловили формирование невроза, могут послужить основой для развития подобных нарушений в дальнейшем.

Психотравмирующий фактор должен иметь чрезвычайную для данного человека силу; в другом варианте он действует хронически - эта ситуация отражена в поговорке "капля точит камень". Хронический раздражитель создает постоянное эмоциональное напряжение, это может быть ситуация, требующая трудных альтернативных решений; ситуация неопределенности; ситуация, представляющая угрозу.

Иногда к неврозу приводит одновременное переживание человеком полярных эмоций - любви и ненависти по отношению к любимому, близкому, эмоционально значимому человеку. Такой вариант наблюдается нередко между супругами, родителями и детьми, любовь, привязанность по отношению к кому-либо приходят в противоречие с испытываемыми по отношению к тому же лицу негативными эмоциями (из-за характера или поведения последнего).

Острая эмоционально-вегетативная (психофизиологическая) реакция - нормальное явление в ответ на горе, утрату близкого. Эта реакция может затягиваться или приобретать ненормальную глубину, это и представляет собой невроз. Если невроз длится более 1-2 лет, говорят о невротическом развитии личности.

При неврозах, в отличие от психопатий, всегда сохраняются ощущение чуждости болезненных расстройств, стремление им противостоять.

Факторы риска развития невроза - психоэмоциональное перенапряжение, длительные истощающие заболевания, стрессы психические и физические, голодание, злоупотребление транквилизаторами и снотворными препаратами, интоксикации (алкоголизм), черепно-мозговые травмы, перенесенные оперативные вмешательства. Предрасполагают к неврозу семейное неблагополучие, наличие длительных конфликтных ситуаций, особенности воспитания с завышенными самооценкой и требованиями к окружающим.

Выделяются три типа неврозов: неврастения, невроз навязчивых состояний, истерия.

Неврастения (астенический невроз) у детей - состояние, при котором больные жалуются на общую слабость, головные боли, утомляемость, отсутствие бодрости, энергии, пониженное настроение, разбитость, непереносимость обычных нагрузок. Повышенная психическая истощаемость сочетается с чрезмерной возбудимостью (явлениями раздражительной слабости), гиперестезией. Больные дают эмоциональные взрывы, аффекты гнева, иногда агрессии на мелкие, не стоящие внимания раздражители. Выделяют гиперстеническую (возбудимую) форму неврастении, при которой у человека имеются неадекватные раздражительные реакции с последующей апатией, слабостью, недовольством собой. Характерно неумение сдержать свои эмоции. Другая форма неврастении - астеническая, протекает с преобладающими ощущениями усталости, утомляемости, разбитости, апатией.

Невроз навязчивых состояний (ранее обозначался как психастения) формируется у лиц застенчивых, нерешительных. Эти лица в своих фантазиях совершают подвиги, добиваются желаемого, но в реальной обстановке не способны к решительным действиям.

Истерический синдром обычно возникает в экстремальных или конфликтных ситуациях; отличительной чертой истерической симптоматики является яркость, театральность, демонстративность проявлений.

. Симптомы неврозов у детей

Симптоматические проявления неврозов зависят от характера психической травмы и от особенностей личности больного. Наличие у ребенка определенных личностных особенностей, проявление тех или иных черт характера (сенситивность, истероидность, тревожная мнительность и др.) указывают на форму неврозного состояния: неврастению, истерию, невроз навязчивых состояний.

Симптомы детского истерического невроза могут сменяться довольно быстро, так же, как и жалобы, потому что все решает ситуация. Дети младшего возраста, страдающие истерическим неврозом, закатывают истерики довольно часто. И многие видели детей, которые бросаются на пол, крича и плача, добиваясь таким поведением определенной цели, - например, купить понравившуюся игрушку. Их родители говорят, что дети неуправляемы и агрессивны, неуживчивы в детском коллективе. Обращаются к врачу такие мамы и папы редко, а если все-таки решатся, то диагноз истерический невроз для них является абсолютной неожиданностью.

Для истерического невроза характерны повышенная чувствительность и впечатлительность, внушаемость и самовнушаемость, неустойчивость настроения, эгоизм и эгоцентризм. Одним из основных свойств истерической личности является требование признания. Основа психологического конфликта при истерии - высокий уровень притязаний, не соответствующий возможностям личности (обычно как результат эгоцентрического воспитания - "кумир семьи"). Для истерии характерно большое разнообразие симптомов. В детском возрасте многообразие симптомов истерии встречается редко, обычно они бывают при наличии истероидных черт личности ребенка. У большинства детей истерические реакции выражаются моносимптомными проявлениями. Для детей младшего возраста характерны аффективно-респираторные припадки (приступы задержки дыхания), чаще проявляется у единственных избалованных детей. Припадок развивается при плаче, вызванном недовольством, гневом ребенка при неудовлетворении его желаний. В более старшем возрасте истерические припадки многообразнее, иногда сходны с эпилептическими припадками, иногда с приступами удушья при бронхиальной астме. Для истерического припадка характерна театральность, выразительность поз, припадок может длиться долго, если есть наблюдатели. Для истерии характерно несоответствие предъявляемых жалоб объективным данным при осмотре.

Основным клиническим синдромом неврастении является раздражительная слабость. Ребенок становится раздражительным, плаксивым, по малейшему поводу дает аффективные бурные вспышки с последующим раскаянием. Поведение характеризуется то вялостью, пассивностью, то двигательным беспокойством. Настроение часто меняется, иногда бывают проявления депрессии. Отмечаются повышенная утомляемость, невнимательность, понижение работоспособности. Очень характерна головная боль при утомлении, психическом напряжении, реже по утрам. Головная боль может быть постоянной, сжимающей. У детей старшего возраста, подростков и у взрослых возникают ипохондрическое представление тяжести заболевания, неизлечимости его. Характерно для неврастении нарушение сна. Чаще затруднено засыпание, сон поверхностный, с кошмарными сновидениями, частым пробуждением. Довольно нередко при неврастении отмечаются ночные страхи, обычно связанные с дневными переживаниями, с резкими вегетативными проявлениями - сердцебиение, дрожание, покраснение или побледнение лица и др. истерический дети невроз воспитание

Для невроза навязчивых состояний большое значение имеют такие психологические особенности, как неуверенность в себе, нерешительность, мнительность, боязливость. Иногда у кого-либо из родителей в детстве также отмечались черты тревожной мнительности. Дети с раннего возраста боятся всего нового, одиночества, темноты, насекомых, животных. В школьном возрасте характерны мнительность, тревожность, боязнь заразиться, заболеть. Больные создают себе различного рода запреты ("чтобы не случилось чего-нибудь плохого"). Такое развитие личности называется обсессивным, а невроз навязчивых состояний - обсессивным неврозом.

Детям чаще свойственны разнообразные фобии - страх смерти, заражения, острых предметов, животных и др. У большинства больных в качестве мер защиты появляются различные навязчивые действия, иногда ритуального свойства (бесконечное мытье рук, подпрыгивание в определенном порядке, похлопывание рукой и др.). В более старшем возрасте возникают навязчивые сомнения, мысли, счет. В качестве характерного признака навязчивых состояний выделяют наличие у больных критики к этой навязчивости, элементов борьбы с навязчивыми действиями, выработку защитных ритуалов.

Нередко более сложному навязчивому движению и действию предшествуют невротические тики, возникающие как закрепившиеся условно-рефлекторные движения. Тики принадлежат к неврозоподобным нарушениям, при которых основной причиной служит не психогения, а раннее органическое поражение головного мозга. Дифференциальная диагностика между невротическими и неврозоподобными тиками представляет значительные трудности, тем более что невротические тики часто возникают у детей с СДВГ. Для невротических тиков характерна определенная последовательность их появления, стереотипные сокращения отдельных мышечных групп, напоминающие защитные движения. Обычно в 4-5-летнем возрасте возникает мигательный тик, который через несколько недель или месяцев проходит. Однако малейшее психическое напряжение, переживание, испуг вызывает тики других мышечных групп, которые постепенно захватывают мышцы лица (поднимание бровей, подергивание носом, оттягивание углов рта, заведение глазных яблок). Один вид тиков сменяется другим, в более тяжелых случаях почти без интервала. При недостаточном лечении, при постоянной психотравмирующей ситуации тики могут распространяться по всему организму. После острых респираторных инфекций чаще появляются так называемые респираторные тики - навязчивое покашливание, втягивание носом, хмыканье и др.

Тики могут входить в структуру одного из трех неврозов. Как уже было отмечено, невротические тики могут быть одним из начальных проявлений невроза навязчивых состояний, сопровождаясь при этом соответствующими особенностями личности, ощущением отчужденности, с попыткой задержки тиков волевым усилием, с постепенным присоединением более сложных навязчивых действий и ритуалов. Для истерического невроза характерна демонстративность тиков, усиление их в определенной ситуации, в присутствии лиц, на которых направлена истерическая симптоматика. При неврастении тики чаще возникают (или усиливаются) после различных соматических заболеваний, усугубляющих и другие неврастенические симптомы. При хронической психотравмирующей ситуации этап невротической реакции сменяется затяжным невротическим состоянием с ведущим симптомом тиков.

Невротическое заикание (логоневроз). Заикание - нарушение ритма, темпа и плавности речи, связанное с судорогами мышц, участвующих в речевом акте. Обычно заикание впервые возникает в 2-4 года под влиянием какого-нибудь сильного впечатления, испуга. Частота заикания в этом возрасте обусловлена интенсивным формированием мышления, становлением и усложнением фразовой речи. У детей младшего возраста отмечаются как клонические, так и тонические судороги речевой мускулатуры, у более старших детей преобладают тонические судороги. В происхождении заикания у детей определенное значение имеет наличие в семье больных с заиканием, причем кроме фактора подражания большую роль играет наследственная предрасположенность к речевой патологии. Невротическое заикание резко усиливается при волнении, сопровождаясь сопутствующими движениями, облегчающими речь ребенка (притоптывание ногой, прищелкивание пальцами и др.), иногда тиками мышц лица.

Невротическое заикание чаще возникает у детей с нормальным или ускоренным развитием речи. При отсутствии наследственной предрасположенности и нормальном "речевом климате" в семье, своевременно проведенном лечении заикание в течение нескольких недель может пройти полностью.

При особенно сильном испуге аффективно-шоковая реакция может проявиться отсутствием речи с последующим развитием заикания. Нередко заикание рецидивирует. В более тяжелых случаях у больных происходит фиксация заикания на основе закрепления двигательного речевого стереотипа, развивается невротическое состояние с синдромом заикания, логоневроз. Течение логоневроза волнообразное с периодическим усилением заикания и сопутствующих ему невротических расстройств под влиянием различных психогенных ситуаций (большая школьная нагрузка, экзамены и др.). Характерно усиление логоневроза в пубертатном периоде с обострением реакции личности на дефект речи, резким усилением логофобии.

Неврозоподобное заикание, возникающее в связи с органическим заболеванием головного мозга, развивается чаще постепенно. Обычно отмечается позднее развитие речи, косноязычие. Характерно отсутствие реакции личности на дефект речи, больные не стараются скрыть его, выраженность заикания мало зависит от ситуации. Реакция личности при неврозоподобном заикании появляется обычно в пубертатном возрасте, и тогда его трудно отличить от невротического заикания.

Энурез, или ночное недержание мочи, может быть продолжением физиологического энуреза, когда из-за чрезмерной глубины сна длительно не вырабатывается "сторожевой пункт" в коре головного мозга. К неврозу следует относить только те случаи энуреза, которые возникают под воздействием психической травмы, при внезапном изменении жизненного стереотипа (посещение яслей, детского сада, появление второго ребенка в семье и др.).

Подчеркивают роль нарушения механизмов сна в патогенезе энуреза. Клиника невротического энуреза характеризуется выраженной зависимостью от ситуации и обстановки, в которой находится ребенок, от различных воздействий на его эмоциональную сферу. Временное изъятие ребенка из психотравмирующей обстановки может привести к заметному урежению и даже прекращению энуреза. Возникновению невротического энуреза способствуют такие черты характера, как робость, тревожность, впечатлительность, неуверенность в себе, заниженная самооценка дети болезненно переживают свой недостаток, у них возникает чувство собственной неполноценности, тревожное ожидание ночного упускания мочи. В тех случаях, когда заболевание не заканчивается выздоровлением, у детей и подростков происходит субдепрессивный сдвиг настроения с недовольством собой, замкнутостью, сенситивностью, ранимостью или повышенной аффективностью, возбудимостью, несдержанностью, озлобленностью.

Энурез у детей иногда развивается вместе с функциональным недержанием кала - энкопрезом. Энкопрез может быть единственным проявлением невроза, чаще по типу истерической реакции (на появление в семье отчима, определение в ясли, детский сад).

Очень важно диагностировать невроз в раннем возрасте ребенка. Ведь чем раньше удастся распознать невроз, тем легче его будет вылечить в дальнейшем. Диагностика детских неврозов состоит из нескольких этапов:

Психологического анализа жизни ребенка.

Анализа отношений в семье между родителями и ребенком, а также его поведением с другими детьми и родственниками.

Проведения бесед с ребенком на заранее разработанные вопросы в процессе игрового общения с малышом.

Наблюдение за поведением ребенка во время игры (спонтанной или заранее организованной).

Анализ рисунков ребенка. Благодаря рисункам можно понять чувства, переживания и желания ребенка.

Обследование родителей, а также бабушек-дедушек.

Разработка специалистом совместно с родителями индивидуальной психотератии ребенка.

. Лечение неврозов у детей

При неврозах патогенетическим лечением является психотерапия. Психотерапия у детей в основном направлена па улучшение семейной обстановки, нормализацию системы отношений в семье, коррекцию воспитания. Значение медикаментозной терапии, физиотерапии, рефлексотерапии состоит в обеспечении необходимого психосоматического фона для более успешной психотерапии. При неврозоподобных состояниях, особенно при наличии массивных невротических наслоений, психотерапия тоже имеет большое значение, но на первый план выступает медикаментозная терапия (как этиотропная, так и симптоматическая), а также физио-, бальнеотерапия и др.

Все методы психотерапии можно разделить на 3 группы: семейная, индивидуальная и групповая психотерапия.

Значение семейной психотерапии при лечении неврозов у детей особенно велико, так как в контакте с членами семьи врач непосредственно изучает жизненные проблемы семьи и ребенка, способствует устранению эмоциональных нарушений, нормализации системы отношений, коррекции воспитания. Особенное значение семейная психотерапия имеет у детей в дошкольном возрасте, когда она наиболее эффективна, когда легче устранить патологическое влияние ошибок воспитания. Семейная терапия включает в себя обследование семьи (в процессе которого следует определить семейный диагноз - совокупность психопатологических, личностных и социально-психологических особенностей семьи). На втором этапе проводятся семейные обсуждения. Беседы с родителями, бабушкой, дедушкой. С ребенком занимаются в кабинете, оборудованном как игровая комната - с игрушками, масками, письменными принадлежностями. Сначала ребенку предоставляется возможность свободного обращения с игрушками, книжками. По мере установления эмоционального контакта с ребенком проводится беседа. Семейные обсуждения обычно предшествуют занятиям с ребенком, но иногда можно начать с занятий с ним, при этом улучшение в состоянии ребенка положительно влияет на ход семейных обсуждений. При семейных обсуждениях определяется педагогическая перспектива, подчеркивается роль родителей в психотерапии, необходимость тесного сотрудничества.

Следующий этап - совместная психотерапия больного и родителей. С дошкольниками проводятся предметные игры, рисование, постройки. Со школьниками - обсуждение различных тем, направленные предметные игры. При взаимодействии детей и родителей наглядно определяются привычные эмоциональные реакции, конфликты. В последующем проводятся ролевые игры, отражающие общение в жизни ("школа", "семья"). В психотерапии используется сценарий, который разыгрывают дети и родители, меняясь ролями. Психотерапевт во время игры демонстрирует оптимальную модель семейных отношений. Так постепенно создаются условия для перестройки семейных отношений и ликвидации психологического конфликта.

Основные методы при индивидуальной психотерапии - "разъясняющая", или рациональная, психотерапия, рисуночная (арттерапия), игровая, аутогенная тренировка, суггестивная психотерапия (внушение).

Рациональная психотерапия проводится в три этапа. Вначале, после установления эмоционального контакта с больным, врач в доступной форме объясняет ему сущность его болезненного состояния. На втором этапе врач вместе с больным старается определить источник его переживаний. В последующем в домашнем задании (больной должен закончить начатый врачом рассказ) он, разбирая разные варианты окончания рассказа, пытается разрешить трудные конфликтные ситуации сам или с помощью врача. Даже незначительные успехи во владении ситуацией при одобрении врачом способствуют перестройке отношений, коррекции неблагоприятных черт характера.

Арттерапия (рисование, лепка). Иногда рисование может быть единственным способом общения ребенка. Рисуя, ребенок лучше разбирается в своих переживаниях. Наблюдение за ним во время рисования дает представление о его характере, общительности или замкнутости, особенно если ребенок рисует в небольшой группе детей, дает представление о самооценке, наличии творческого потенциала, фантазии, кругозоре. Рисование часто используется и при групповой психотерапии. Очень информативно рисование на заданные темы - рисунок семьи, изображение страхов и др. Для врача анализ рисунка семьи, беседа с ребенком об изображенных на рисунке лицах дает больше представления о структуре семьи, семейных отношениях, чем формально собранный у мамы анамнез. По завершению сеанса ребенок "отдает" нарисованные им страхи врачу. Вместо рисования иногда используют изготовление разных масок, лепку. Устранение ситуационных страхов предотвращает развитие навязчивых страхов. Хороший эффект устранения страхов отмечается в группе, когда дети дома рисуют страхи, а на занятиях совместно обсуждают, проигрывают их.

Игровая психотерапия наряду с рисуночной наиболее соответствует возрастной потребности детей в игре, но требует организации игры как терапевтического процесса, эмоциональной включенности врача, способности к игровому перевоплощению. Используется как спонтанная игра без определенного сценария, так и направленная, но допускающая импровизацию. Игра с терапевтической целью показана детям 2-12 лет при аффективных и характерологических нарушениях, затруднении в общении. Игра направлена на восстановление нарушенных отношений. В спонтанной игре у ребенка появляется возможность эмоционального и двигательного самовыражения, осознания напряжения, страха. В импровизационной игре доктор создает стрессовые ситуации страха, обвинения, спора для того, чтобы ребенок научился самостоятельно или с его помощью найти выход из ситуации. Наиболее удачный этот метод считается у детей в возрасте 4-7 лет, когда происходит интенсивный процесс ролевого развития личности. В старшем возрасте драматизация проводится без кукол и игрушечного реквизита, в воображаемой обстановке. Таким образом, в совместном с врачом проигрывании происходит обучение подростков принятию адекватных решений в стрессовых ситуациях.

Одним из вариантов игровой терапии является сказкотерапия, в процессе которой решаются вопросы психодиагностики и психокоррекции. При этой методике не только рассказывают, сочиняют и разыгрывают сказки, изготовляют сказочных персонажей, кукол-марионеток, но и проводят медитацию на сказку. При статической медитации дети прослушивают сказку в удобном (обычно лежа) положении под спокойную музыку. При психодинамической медитации - двигаются, перевоплощаясь в различных животных, и исполняют другие упражнения.

Аутогенная тренировка (метод мышечного расслабления) проводится только у подростков. Метод эффективен при лечении системного невроза, в частности логоневроза, тиков. Положительный эмоциональный настрой, создаваемый врачом ("путешествие", "пребывание в любимых местах отдыха", представление солнечного луча, согревающего в определенной последовательности мышцы нижних конечностей, туловища, затем верхних конечностей и, наконец, лица), легко вызывает мышечное расслабление, уменьшение и даже на время исчезновение тиков, заикания. С каждым последующим сеансом нарастает эффект мышечного расслабления и уменьшения невротических симптомов, кроме того, у ребенка появляется вера в выздоровление.

Суггестивная психотерапия включает внушение в бодрствующем состоянии, косвенное внушение, гипнотерапию. Внушение в бодрствующем состоянии является обязательным элементом в любом психотерапевтическом воздействие. Внушение чаще применяется при острых невротических реакциях, при действии сверхсильных раздражителей (истерический амавроз, афония, мутизм, остро возникшие страхи). Внушение часто используется и при других невротических реакциях, невротической форме энуреза, патологических привычках. При хорошей внушаемости и установке на лечение внушение может проводиться в состоянии мышечной релаксации. Нередко у детей применяется косвенное внушение, при котором создается установка на лечебный эффект при приеме тех или иных лекарств, проведении каких-либо процедур (например, эффект электростимуляции при истерическом параличе). Примером косвенного внушения является плацебо - индифферентное вещество, оформленное в виде лекарства.

Гипнотерапия применяется для мобилизации психофизиологических ресурсов, укрепления эмоционально-волевой сферы, оказывает в основном симптоматическое воздействие, быстро ликвидируя тот или иной симптом. Гипнотерапия противопоказана при нежелании лечиться, асоциальных установках, страхе гипнотического воздействия, психомоторном возбуждении, депрессии, остром соматическом заболевании. Гипнотерапия проводится при недостаточной эффективности внушения наяву, при различных невротических симптомах, астеноневротических состояниях, психосоматических заболеваниях.

Групповая психотерапия. Основные показания для групповой психотерапии:

неблагоприятные личностные изменения при длительном течении невроза (эгоцентризм, повышенный уровень притязания);

трудности общения и связанные с этим аффективные расстройства (излишняя застенчивость, скованность, мнительность, непереносимость ожиданий и др.);

необходимость дальнейшей коррекции семейных отношений при трудноразрешимых конфликтах.

Противопоказания: отрицательное отношение к лечению, выраженная расторможенность, возбудимость, агрессивность и снижение интеллекта. Группы подбираются постепенно в процессе индивидуальной психотерапии. Число больных в пределах малой группы: 4 больных в возрасте 4-5 лет, 6 - в возрасте 5-11 лет, 8 - в возрасте 11-14 лет. Длительность занятий от 45 мин у дошкольников до 1 ч в 7-12 лет и 1,5 ч у подростков, что позволяет разыгрывать сложные сюжеты.

Объединения в группу проходит путем совместного посещения музеев, выставок с последующим обсуждением рассказов, интересных книг, своих увлечениях и др, таким образом. достигается снятие напряженности. Дети начинают делиться своими собственными переживаниями, проблемами. По сравнению с индивидуальной психотерапией раскрытие переживаний в группе оказывает больший терапевтический эффект. Далее вводится игровой метод спонтанных и направляемых врачом игр. После чего следует тренинг психических функций (с применением игр, развивающих быстроту реакций, внимание, выносливость, координацию движений). Подростки обучаются приемам самоконтроля и саморегуляции. Существует несколько методик групповой психотерапии, в процессе занятий используются различные приемы - разнообразные игры, тренирующие не только перечисленные выше функции, но и воображение, различную технику общения, наблюдательность, творческую активность. В качестве домашних заданий используются различные рисуночные тесты, с последующим обсуждением. На каждом занятии проводится релаксация с внушением тех положительных качеств, которые участники группы приобрели на занятии. Обсуждение в конце курса лечения закрепляет результаты групповой психотерапии, расширяет кругозор детей, развивает их самосознание.

Медикаментозная терапия при неврозах имеет в основном второстепенное значение, действуя на тот или иной симптом, снимая напряжение, повышенную возбудимость (или депрессивный фон), уменьшая астенический синдром. Обычно медикаментозная терапия предшествует психотерапии. Возможно комплексное лечение, когда психотерапия проводится вместе с лекарственной терапией, физиотерапией.

Лечение системных неврозов (заикание, тики, энурез) желательно проводить с учетом основного патогенетического фактора. Так, при лечении невротического заикания основным методом является психотерапия, щадящий речевой климат в семье (лица, окружающие ребенка, не должны заставлять его "правильно" говорить; сами должны говорить медленно, плавно, напевно). Ребенок будет подражать, при медленном темпе речи заикание, возникшее после испуга по типу невротической реакции, обычно довольно быстро проходит. Рекомендуются настой лекарственных растений, микстура Павлова, уменьшение нагрузки (не форсировать речь ребенка, меньше читать ему, не заставлять заучивать длинные стихотворения). Требуется уменьшить общение со взрослыми, не говорить с ними о болезни ребенка, исключить контакт с заикающимися.

Следует отметить, что при всех формах неврозов и неврозоподобных состояний лечение вызывает наибольший эффект в их начальной стадии, на стадии невротической реакции. При развитии невротического состояния и особенно невротическом формировании личности эффективность лечения заметно уменьшается.

Заключение

Если ребенок страдает истерическим неврозом, то возникают жалобы на бессонницу, учащенное сердцебиение, головные боли, тошноту, отсутствие аппетита, спазмы в животе. В некоторых случаях, у подростков возникают страхи, напоминающие фобический невроз, депрессивные состояния. Бывает, что дети с истерическим неврозом ощущают себя так, словно у них утеряно собственное "Я", возникает нереальное переживание настоящего, возникает отчужденность. При этом в голове могут присутствовать две мысли одновременно. Нечто подобное наблюдается и при шизофрении. К тому же, все это может быть позаимствовано подростком либо с чьих-то рассказов, либо прочитано в соответствующей литературе.

Ребенок как бы приписывает себе симптоматику чужих неврозов, и очень убежденно это демонстрирует. В этом случае не стоит думать, что школьник все нафантазировал, так как подобное поведение не является намеренной ситуацией. Таким образом проявляется истерический невроз. Демонстративно жалуются дети именно с таким диагнозом, для них характерно выставление на показ своих страхов и фобий, так называемых провалов в памяти, потери ощущения собственной личности.

Таким подросткам хочется, чтобы окружающие уделяли им больше внимания, потому что они не очень здоровы, и нуждаются в особом отношении.

Если, несмотря на все их усилия, желаемое внимание не оказано, то жалобы становятся чаще, и не исключено возникновение новых симптомов.

Правильное воспитание является одним из условий профилактики неврозов и подразумевает развитие у ребенка таких качеств как выдержка, терпение, настойчивость, трудолюбие, умение преодолевать трудности, умение делиться с другими детьми, уступать, считаться с интересами других, научиться социально контактировать.

Если у ребенка замечены признаки невроза, то не следует откладывать лечение, так как правильную тактику поведения в дальнейшем может определить лишь врач, и лучший помощник в этом нелегком процессе - это психотерапия.

Список литературы

1. Захаров А.И. Дневные и ночные страхи у детей [Текст] / А.И. Захаров. - СПб.: Союз, 2000. - 342с.

. Захаров А.И. Неврозы у детей и психотерапия [Текст] / А.И. Захаров. - СПб.: Союз, Лениздат, 2000. - 336 с.

. Карвасарски Б.Д. Неврозы: руководство для врача [Текст] / Б.Д. Карвасарский. - М.: Медицина, 2004. - 448 с.

. Кондаков В.С. Личность наизнанку: Психология личности. Неврозы, психопатии, психосоматические расстройства [Текст]: Учебное пособие / В.С. Кондаков, О.Н. Золотухина. - Ижевск: Изд. Дом Удмуртский университет, 1999. - 32 2 с.

. Лимонцева Г.В. Общие особенности неврозов у детей [Текст] / Г.В. Лимонцева, Е.Н. Кузнецова // Психологические науки: теория и практика: материалы междунар. науч. конф. (г. Москва, февраль 2012 г.). - М.: Буки-Веди, 2012. - С. 80-84

. Самохвалов В. Психиатрия [Текст]: Учебное пособие / В. Самохвалов. - Симферополь: 2002. - 324 с.

. Сергеева К.М. Педиатрия [Текст]. Учебник / К.М. Сергеева. - СПб.: Питер, 2007. - 544 с.