

Монахова Виктория Вячеславовна  
врач-психиатр  
ГАУЗ АО «Ивановская больница»  
с. Ивановка, Амурская область

## ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИВЫЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

*Аннотация: патологические привычные действия (ППД) представляют собой группу специфических для детей и подростков нарушений поведения, в основе которых лежит болезненная фиксация тех или иных произвольных действий, свойственных детям раннего возраста. Автором рассмотрены теоретические аспекты патологических привычных действий, меры профилактики.*

*Ключевые слова:* патологические привычные действия, резидуально-органическая недостаточность, хронические психотравмирующие факторы, онихофагия, трихотилломания, якция, мастурбация, олигофрения, интегративная психотерапия, антидепрессанты.

Патологические привычные действия (ППД) представляют собой группу специфических для детей и подростков нарушений поведения, в основе которых лежит болезненная фиксация тех или иных произвольных действий, свойственных детям раннего возраста. В самом общем виде к ним относят многим известные:

- ритмические раскачивания телом и головой – якция;
- обкусывание ногтей – онихофагия;
- выдергивание волос – трихотилломания;
- сосание пальцев;
- возникающая в допубертатном возрасте – мастурбация.

В целом, у детей разного возраста ППД встречается от 6 до 83% как виде отдельных феноменов, так и в сочетаниях друг с другом. (В.И. Гарбузов, 1971; Г.Т. Чупин, Маслова, 1971; Д.Н. Исаев, В.Е. Каган, 1986; Л. Каннер, 1955; Н.И. Каплан, 1994; Ю.С. Шевченко, 1994; Грахам, 1999; Б.Е. Микиртумов,

2001 и др.) [1]. Так, *яктика*, помимо стереотипных движений головой или телом, может быть представлена в форме раскачиваний в переднезадней или боковой плоскостях, иногда – в форме биений головой о горизонтальную или вертикальную поверхность. Она может наблюдаться в виде кручений головой и других стереотипий, ритм которых может быть синхронен с частотой сердечных сокращений. Он может меняться параллельно степени эмоционального возбуждения ребенка. Одним из проявлений может быть особая страсть некоторых детей к качелям, ритмической музыке и т.д.

Вариантами *сосания пальцев* являются сосание большего, других пальцев, всей кисти, языка, губы, неба. Атипичными проявлениями этой привычки могут быть: сосание различных игрушек, одежды, других предметов, страсть к соске.

*Мастурбация* в раннем возрасте и допубертатном, помимо манипулирования половыми органами, нередко проявляется в виде усиленного сжимания бедер, ерзания, сидя на стуле или лежа на животе, трения пахом о предметы, ноги взрослых. Сюда же относится чрезмерное пристрастие детей к обнажению, телесному контакту.

*Онихофагия* (обгрызание ногтей на руках, ногах) может иметь свой вариант в виде привычки грызть карандаши, ручки, другие предметы, кусать язык,слизистую щек, скрипеть зубами. Нефагический вариант феномена может быть представлен привычкой ломать, подергивать и ковырять ногти, крутить, перебирать пальцы рук.

*Трихотилломания* – в типичном виде проявляющаяся выдергиванием собственных волос, бровей, ресниц, часто с последующим манипулированием ими, реже – проглатыванием, может быть представлена вариантом, когда выдергиваются не только свои, но и чужие волосы, волосы кукол, шерсть животных, все ворсистое, пушистое, что попадается под руки [3].

Такие произвольные действия, как сосание пальца, раскачивание, манипулирование половыми органами, обкусывание ногтей и т.п. свойственны многим детям в раннем возрасте в качестве преходящих и вполне безобидных эпизодов. В чем причина их патологической фиксации у некоторых из них и длительного

сохранения даже и во взрослом состоянии? Возникновение ППД связано с резидуально-органической недостаточностью и хроническими психотравмирующими факторами. Среди них особо выделяют чрезмерно строгое воспитание с применением физических наказаний (авторитарная гиперпротекция). Большое значение имеет фактор частичной или полной материнской депривации. Также высока коморбидность ППД с неврологической патологией и интеллектуальной недостаточностью.

*Для диагностики ППД выделяют следующие признаки:*

- 1) произвольный характер, осознанное повторение действий;
- 2) возможность прекратить их на время усилием воли;
- 3) возрастание внутреннего напряжения при их подавлении;
- 4) наличие у больного критической оценки производимых действий, осознание их болезненности.

Наиболее неблагоприятный прогноз имеет трихотилломания, сохраняющаяся в качестве ведущего расстройства у 50% взрослых, что сопровождается их нажитой психопатизацией с приобретением эмоционально-лабильных или аутистических свойств характера.

Источником сексуального удовлетворения мастурбация может быть только у подростков. В младенческом и раннем возрасте особую роль играют такие факторы, как дефицит тактильного контакта с матерью, запугивание, ограничение его двигательной активности. Вследствие этого ребенок в процессе манипулирования половыми органами получает эмоциональную и двигательную разрядку, самоуспокоение. Мастурбация в ряде случаев является источником релаксации, снятия болевых ощущений, отгорожения от сверхсильных раздражителей. Влиять на ее возникновение могут стесненное пеленание, раздражение кожи в области половых органов, опрелости, глистные инвазии и т.д. Мастурбация, в целом, вдвое чаще наблюдается у мальчиков, за исключением младенческого и раннего детского возраста, когда число мастурбирующих девочек преобладает. Для мастурбационного акта дети используют руки или игрушки. Сопровождается он мышечным напряжением, гиперемией кожных покровов, потливостью,

учащенным дыханием. Чаще он приурочен ко времени отхождения ко сну, длится до нескольких минут. При попытке родителей прервать мастурбацию у детей появляются протестные и примитивные истерические реакции – они отбиваются, плачут, падают на пол. При этом родители нередко прибегают к запретам, наказаниям, угрожают «рассказать об их поведении воспитателям, другим детям». При этом дети продолжают заниматься мастурбацией тайно. В то же время, дети уже с 2-х лет способны понимать «постыдный» характер своих действий, а это, в свою очередь, становится дополнительным фактором эмоционального напряжения и ведет к учащению занятий мастурбацией тайно. Она чаще, чем другие ППД приобретает характер навязчивого или насильтственного влечения. Вместе с тем, переключение внимания ребенка на другую эмоционально-положительную активность, обеспечение ребенка необходимыми для возраста телесными ощущениями и тактильным контактом чаще приводит к положительному результату.

Следует учитывать и возрастную динамику ППД, которая включает в себя 3 этапа [5]:

1. Этап психогенной поведенческой реакции (обратимой) – привычка носит характер компенсаторного поведения, преходящих поведенческих реакций.
2. Этап стойкого поведенческого автоматизма – привычка характеризуется постоянной потребностью ее повторения, формирования устойчивого поведенческого стереотипа.
3. Этап личностной реакции на патологическую привычку, ее физические и социальные последствия.

Клинико-электроэнцефалопатическое изучение ППД (трихотилломании) дает основание для лечения детей при данной патологии. Проведенные исследования показали эффективность антидепрессантов ингибиторов СИОЗС при лечении ППД на фоне первичной депрессии. Перспективными являются коаксил, флуоксетин, флувоксамин, а из атипичных нейролептиков – рисполепт. При приобретении ППД качеств, навязчивых и неодолимых влечений более эффективными оказались неулептил, аминазин, сонапакс [2].

Но наиболее эффективной при данных состояниях признана интегративная психотерапия, а именно – разработанная Ю.С. Шевченко (1999) методика интенсивно-экспрессивной психотерапии (ИНТЭКС). Методика – многогранна, включает практически все приемы детской психотерапии: от нейропсихологии до стрессового гипноза с использованием ИРТ. Физиолечение: электросон, ЛФК, полезно сочетать с дарсанвализацией волосистой части головы, массажем, особенно точечным массажем головы.

Наиболее существенным в плане профилактики является обеспечение врожденных потребностей ребенка в телесном контакте двигательной активности, достаточной ритмической стимуляции, исследовательском поведении, постоянном и эмоционально-насыщенном контакте с близкими людьми, что наиболее актуально в раннем возрасте.

Для иллюстрации привожу следующее клиническое наблюдение.

Больная М. (2010 г.р.) явилась на прием в сопровождении матери с жалобами на отставание в умственном развитии, отсутствие речи, агрессивность по отношению к другим детям, нарушение сна, упорную мастурбацию, вырывание волос в височной области головы. Из анамнеза известно, что ребенок от 4 беременности, на фоне ХВУГП, гестоза 1 половины беременности, хронической никотиновой интоксикации. На учет встала в 7 месяцев. Роды 4, преждевременные, стремительные. Родилась в синей асфиксии, вес при рождении 2340, 00, по Апгар 6/7 баллов. Находилась в отделении патологии новорожденных с диагнозом: перинатальное поражение ЦНС смешанного генеза. Церебральная ишемия 2 ст. Спинальная натальная травма. Гипертензионный синдром. Нижний парапарез. Внутриутробное инфицирование. Мать через несколько дней самовольно покинула отделение. Лечения ребенок больше не получал, не наблюдался. Воспитывается в неполной, социально-неблагополучной малообеспеченной семье, все дети от разных браков. С 1 месяца находилась на искусственном вскармливании. Становление психомоторных функций с задержкой (голову держит с 2 месяцев, сидит с 8 месяцев, пошла в 1 г. 3 мес.). Фразовая речь к 4 годам, дефектная, слизанная, нечеткая, фраза усеченная из 2–3 слов. ДДУ не посещала.

Патологические привычные действия стали появляться с возраста 3 лет. В связи с трудными жизненными обстоятельствами в течение года находилась в социальном приюте, где данные явления носили стойкий характер, была двигательно расторможена, драчлива, фразовой речи не наблюдалось, игровая деятельность была однообразная. После чего вновь вернулась в семью. Мать воспитанием дочери занималась, при этом часто наказывала физически за выдергивание волос, агрессию к братьям и сестрам, мастурбацию.

Из перенесенных заболеваний: частые ОРВИ, простуды, ветряная оспа, ракит.

Болезнь Боткина, туберкулез, ЧМТ, гемотрансфузии отрицает.

АА без особенностей.

Наследственность отягощена: по линии отца братья страдают умственной отсталостью, являются инвалидами детства. По линии матери тетя страдает эpileпсией.

Соматический статус: признаки рахита (грудная клетка килеобразной формы, голова неправильной формы, сглажен затылок, выражены лобные бугры).

Неврологически: стигмы дисэмбриогенеза (короткая шея, низкий рост волос, оттопыренные уши), легкая асимметрия лица. Фибриляция мышц языка.

Психический статус: Сознание не нарушено. Внешне недостаточно опрятна. Пространственно-временная ориентировка не сформирована. Во время беседы легко отвлекается на внешние раздражители. Понятийный уровень снижен, многие инструкции требуют повтора, разъяснения, показа действий. Речь смазанная, невнятная, олигофазичная. Звукопроизношение нарушено. Диалоговая речь развита слабо. Фразы усеченные из 2–3 слов. Знания об окружающем мире узки и примитивны. Кругозор ограничен. Суждения примитивные. Сведения о себе называет не верные. Путает лево-право. Обобщающие понятия сформированы слабо, исключает только на конкретном материале. Знает основные цвета. Знает геометрические фигуры, но путает их. Пирамидку собирает быстро, правильно. Крайне низкая познавательная активность. Память развита слабо, сужен объем

запоминания. Внимание отвлекаемое, фиксируется на непродолжительное время. Легко отвлекается на внешние раздражители. Мышление конкретное. Фон настроения неустойчивый, легко аффектируется. Склонна к вспыльчивости, раздражительности, проявлению агрессии как по отношению к себе, так и к окружающим. Волевые побуждения снижены. Перед засыпанием подолгу раскачивается в постели. Дома постоянно старается теряться о край кровати, оголяться, открыто онанировать с помощью рук. Стеснения не испытывает. Закатывает глаза, на замечания не реагирует. Может заниматься этим длительное время, вплоть до нанесения самоповреждений – ссадин и натертостей. Во время сна ложится на живот и трется половыми органами о постель. Игрушки использует не всегда по назначению, чаще разбирает, разбивает их. Навыками самообслуживания на бытовом уровне владеет. Гигиенические процедуры выполняет самостоятельно, но нуждается в постоянном контроле со стороны матери. Одевается, раздевается самостоятельно, но не всегда правильно (одевает шиворот на выворот вещи, носки), предпочитает надевать носки из разных пар. Посудой пользуется по назначению. Сон, аппетит не нарушен. Критики нет.

Обследована амбулаторно.

Невролог – энцефалопатия на резидуально-органическом фоне перинатального генеза. Эхо-ЭГ – костные признаки внутричерепной гипертензии.

РЭГ: кобинированный тип ангиодистонии с тенденцией к повышению тонуса артерий. Затруднен венозный отток, преимущественно в позвоночных бассейнах.

ЭЭГ: близкие к выраженным диффузным изменениям биоэлектрической активности головного мозга. Признаки умеренно выраженной ирритации неспецифических стволовых структур на диэнцефальном уровне.

Психолог (тест Векслер, детский вариант): ВИП-57, НИП-67, ОИП=58, что соответствует легкой степени умственной отсталости.

Педиатр – рахит, остаточные явления.

Логопед: системное недоразвитие речи средней степени тяжести. Несформированность языковых и речевых средств по типу ОНР. Стертая дизартрия.

Был выставлен клинический диагноз: F – 70.12 Умственная отсталость легкой степени со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения, обусловленная перинатальным поражением ЦНС. – Олигофрения в степени умеренно-выраженной дебильности. Психопатоподобный тип олигофренического дефекта, эксплозивный вариант, выраженной степени. Системное недоразвитие речи средней степени тяжести. Несформированность языковых и речевых средств по типу ОНР. Стертая дизартрия. Стойкие выраженные нарушения психических, языковых и речевых функций. Соп.: патологически привычные действия ( мастурбация, трихотилломания, якция).

Назначено амбулаторное лечение (корректоры поведения (неулептил, сонапакс), ноотропы (церепро, цитофлавин), витаминотерапия, психотерапия), отмечалась положительная динамика в виде нормализации сна, уменьшились проявления агрессивности, мастурбация стала носить не столь упорный характер (престала заниматься этим на виду у других детей, оголяться), иногда мастурбировала при засыпании, стала адекватно реагировать на замечания родителей.

*Катамнез:* наблюдение и лечение девочки проводилось на протяжении 3-х лет. На фоне лечения купировались явления мастурбации, но длительно сохранялась трихотиомания вплоть до облысения правой стороны лобно-теменной и височной части головы. Присоединилась онихофагия (обгрызание ногтей на ногах), при этом уединялась, пряталась в шкафу, под столом, испытывала непреодолимое желание делать это. Симптоматика усилилась в начале обучения в школе. При увеличении дозировки корректоров поведения в течение 10 месяцев данные расстройства купировались. Однако трихотиомания с большим трудом поддается коррекции, лишь становится менее интенсивной. Явления якций сохраниются по настоящее время, обычно перед сном.

Выявленная у больной задержка психоречевого развития, умственная отсталость, резидуально-органическая церебральная недостаточность, хронические психотравмирующие факторы (раннее искусственное вскармливание, погрешности ухода и режима в раннем возрасте, дефицит тактильного контакта в грудном и раннем детском возрасте, физические наказания, а затем воспитание в соц.

приюте), а также непроизвольный характер ППД подтверждает теоретические данные изложенные выше.

### ***Список литературы***

1. Антропов Ю.Ф. Психосоматические расстройства и патологически привычные действия у детей и подростков / Ю.Ф. Антропов, Ю.С. Шевченко. – М., 2000.
2. Антропов Ю.Ф. Лечение детей психосоматическими расстройствами / Ю.Ф. Антропов, Ю.С. Шевченко. – СПб., 2002.
3. Гарбузов В.И. К вопросу о выдергивании волос, бровей и ресниц детьми и подростками // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1971. – №10.
4. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – М., 1995.
5. Микиртумов Б.Е. Клиническая психиатрия раннего детского возраста / Б.Е. Микиртумов, А.Г. Кощавцев, С.В. Гречаный. – СПб., 2002.
6. Шевченко Ю.С. Патологические привычные действия у детей // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2001. – №1.