**Лекция 10**

**Психопатологические особенности детского и подросткового периодов.**

**План.**

1. **Общие закономерности формирования психических расстройств в**

**детском и подростковом возрасте.**

1. **Синдромы психических расстройств, наблюдающихся преимущественно в детском возрасте.**
2. **Синдромы психических расстройств, наблюдающихся**

**преимущественно в подростковом возрасте.**

Важнейшую особенность детского и подросткового возраста составляет непрерывный, но вместе с тем и неравномерный процесс развития и созревания структур и функций всего организма, в том числе и центральной нервной системы. Наиболее интенсивное психическое развитие (психический онтогенез) приходится на детский и подростковый возраст, когда формируются как отдельные психические функции, так и личность в целом.

Психическое развитие происходит в результате непосредственного контакта ребенка и подростка с окружающей средой. В связи с этим, симптомы психических расстройств, возникающие при психических заболеваниях, представляют собой интегративное выражение нарушений биологического и психического (социального) созревания.

Методологическую основу изучения возрастных особенностей психических заболеваний у детей и подростков составляет онтогенетический подход в сочетании с принципом единства биологического и социального.

Психическое развитие протекает не равномерно, поступательно, а поэтапно и скачкообразно. Отдельные этапы разграничены временными рамками, когда происходят наиболее бурные, качественные изменения в психике. Эти периоды получили название возрастных кризов. Различают 1

(2-4 г), 2 (6-8 лет) детские возрастные кризы и подростковый (12-18 лет) криз. В эти периоды в связи с нарушением физиологического и психологического равновесия часто возникают различные психопатологические симптомы, т.е. нарушения психического развития. Эти нарушения могут быть вызваны, как биологическими, так и средовыми факторами или их сочетаниями.

Психический дизонтогенез (нарушение психического развития), проявляется в нарушении темпов, сроков развития психики в целом и отдельных функциональных систем. Основные типы нарушений психического развития: представлены: **РЕТАРДАЦИЕЙ** - запаздывание или остановка развития отдельных психических функций. Она может быть тотальной и парциальной (нарушение темпа и сроков созревания отдельных функциональных систем).

Клиническим выражением тотальной психической ретардации является общее психическое недоразвитие (олигофрения). Парциальная ретардация- незрелость отдельных психических процессов – речи, внимания, школьных навыков, сюда же относятся проявления инфантилизма и невропатии. В этих случаях запаздывает переход от более простых, преимущественно природно-психических свойств к более сложным – социально-психическим, познавательным.

**Второй тип дизонтогенза психики - АСИНХРОНИЯ** - диспропорциональное, искаженное развитие психики. Характеризуется выраженным опережением развития одних психических функций и запаздывание других. Искаженное развитие проявляется в симптоме детского аутизма и гебоидном синдроме в подростковом возрасте.

Случаи, при которых одна или несколько функциональных систем, развиваются значительно обгоняя типичную для них хронологию, обозначаются термином **АКСЕЛЕРАЦИЯ.** Иллюстрацией могут служить дети с чрезвычайно ранним развитием психики (вундеркинды), либо с

односторонним развитием отдельных качеств психической деятельности (музыка, поэзия, спортивные достижения).

**Третий тип- высвобождение и фиксация более ранних форм нервно-психического реагирования** на более поздних этапах развития. Высвобождение и фиксация более ранних форм реагирования проявляется нарушением навыков опрятности, патологическими привычными действиями, мутизмом, патологическими страхами и фантазиями.

Детскому возрасту свойственно продолжающееся развитие и созревание физиологических систем и морфологических структур мозга. Поэтому наряду с негативными и продуктивными симптомами, обусловленными механизмами выпадения или возбуждения относительно зрелых систем, большое место в клинической картине психических заболеваний принадлежит негативным и продуктивным дизонтогенетическим симптомам.

В основе негативных дизонтогенетических симптомов лежит задержка или искажение развития нервно-психических функций. В первую очередь симптомы приостановки и задержки темпа познавательных функций и мышления, что клинически проявляется синдромами умственной отсталости и пограничных состояний интеллектуальной недостаточности, симптомами недоразвития и задержки развития речи и моторики.

Продуктивные дизонтогенетические симптомы имеют в своей основе явление «дисфункции созревания» или «относительной возрастной незрелости» физиологической системы и клинически проявляются стереотипиями, эхолалиями, некоторыми видами страхов, патологическими фантазиями, ипохондрическими и дисморфофобическими переживаниями, а также синдромом сверхценных интересов и увлечений.

В отличие от обычных психопатологических симптомов, негативные дизонтогенетические симптомы у детей и подростков мало специфичны в нозологическом плане и больше характеризуют период онтогенеза, в котором возникло повреждение структуры или функции мозга.

Продуктивные дизонтогенетические симптомы, подобно обычным продуктивным психопатологическим симптомам отличаются малой нозологической специфичностью, но для них характерен возрастной изоморфоз. Имеется в виду, преобладание психопатологического сходства, связанного с возрастом, над психопатологическими различиями, обусловленными спецификой того или иного заболевания.

У детей младшего возраста продуктивные дизонтогенетические симптомы преобладают в клинической картине психических заболеваний, в то время как продуктивные симптомы обычного типа имеют рудиментарный, стертый и эпизодический характер.

Ввиду незавершенности, рудиментарности в детском возрасте психопатологических синдромов, свойственных психическим заболеваниям взрослых, термин « синдром» в детской психиатрии часто используется для условного обозначения более или менее определенных сочетаний психических нарушений, характерных преимущественно для детского и подросткового возраста. Их основу составляют негативные и продуктивные дизонтогенетические симптомы и их комбинации.

Одним из факторов, играющих важнейшую роль в этиологии психических расстройств в детском и подростковом возрасте, является – **возрастной фактор.** Этот фактор в виде изменений общей и нервной реактивности в определенные критические периоды онтогенетического развития может иметь определенное этиологическое значение, как способствующий возникновению тех или иных психических заболеваний. Такие периоды называют периодами повышенной восприимчивости к различным вредностям. В «критические периоды» не только имеются

условия, облегчающие возникновение психических заболеваний, но и наблюдается их более тяжелое, нередко злокачественное течение. В то же время психические заболевания, возникающие в интервалах между периодами **«возрастных кризов»,** отличаются более благоприятным течением и менее тяжелыми проявлениями.

С позиции эволюционно-динамического подхода к возрастным закономерностям патогенеза психических заболеваний у детей и подростков, необходимо учитывать теорию периодизации индивидуального развития. Согласно этой теории индивидуальное развитие рассматривается как поэтапный переход от одного качественного состояния к другому, качественно более высокому. Причем новые формы реагирования и функционирования головного мозга, не вытесняют старые, а преобразуют и подчиняют их. Каждая стадия развития раскрывает новый уровень функциональной организации ребенка. Она одновременно и период эволюции психики, и тип поведения человека, который на каждом этапе развития ведет себя соответственно уровню зрелости его нервной системы.

В детском и подростковом возрасте симптомы психических расстройств имею ряд особенностей. Прежде всего, как было отмечено ранее, эти симптомы мало специфичны в нозологическом отношении, т.е. одни и те же симптомы встречаются при различных психических заболеваниях (невротические реакции, органическое поражение ЦНС, шизофрения). Кроме того, исходя из теории этапности психического развития, считается, что психопатологические расстройства отражают тип нервно-психического реагирования, характерный для данного возрастного периода. Эти симптомы свойственны определенному возрасту и не встречаются или возникают как исключение и в значительно измененной форме на других возрастных этапах.

Таким образом, патогенетическую основу преимущественных для детского и подросткового возраста психических расстройств, как раз и составляют механизмы сменяемости различных уровней патологического нервно-психического реагирования не те или иные вредности. Схематически выделяют четыре основных возрастных уровня.

**Соматовегетативный уровень реагирования (0-3г)** ему свойственны различные варианты невропатического синдрома, психические заболевания проявляются нарушениями со стороны внутренних органов, преимущественно желудочно-кишечного тракта, нарушением сна, вегетативными расстройствами.

**Психомоторный уровень реагирования (4-7 лет)**, к нему относятся синдром гиперактивности, неврозоподобные двигательные расстройства (тики, заикание, мутизм). Выделение данного уровня для детей дошкольного и школьного возраста объясняется тем, что с 6 до 12 лет происходит дифференциация функций двигательного анализатора и к 7 годам ядро корковой части двигательного анализатора приобретает структуру сходную с архитектоникой у взрослых.

**Аффективный уровень патологического реагирования (5-10 лет),** для него характерны симптомы страхов, уходов и бродяжничества, повышенной аффективной возбудимости. Появление этих расстройств связано с началом формирования самооценки и самосознания.

Наиболее поздно, а именно 11-17 лет, проявляется преимущественно **эмоционально-идеаторный уровень реагирования.** Психические расстройства возникают на основе сверхценных образов, к которым склонны подростки. Это суицидальные реакции, ипохондро- дисморфофобические расстройства, синдромы сверх ценных интересов и увлечений и философской интоксикации.

СИНДРОМЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, НАБЛЮДАЮЩИХСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ.

**Синдром невропатии или врожденной детской нервности,** наиболее распространен в возрасте от 0 до 3 лет, разгар клинических проявлений приходится на возраст 2 года, затем постепенно симптомы угасают, но в трансформированном виде может наблюдаться в дошкольном и младшем школьном возрасте.

В грудном возрасте основными проявлениями невропатии выступают соматовегетативные расстройства и нарушение сна. К первым относятся нарушение функции органов пищеварения: срыгивания, рвота, запоры, поносы, снижение аппетита, гипотрофия. Вегетативные расстройства - бледность кожных покровов, неустойчивость, лабильность пульса оживленные вазомоторные реакции, повышение температуры тела не связанное с соматическим заболеванием. Нарушение сна - недостаточная глубина и извращенная формула. Для таких детей характерна повышенная чувствительность к любым раздражителям - двигательное беспокойство, плаксивость в ответ на обычные раздражители (смена белья, изменение положения тела и т.п.) Имеет место патология инстинктов, прежде всего, повышен инстинкт самосохранения, с этим связана плохая переносимость всего нового. Соматовегетативные расстройства усиливаются при перемене обстановки, изменении режима дня, ухода и пр. Выражена боязнь незнакомых людей и новых игрушек.

**В дошкольном возрасте** соматовегетативные расстройства уходят на второй план, однако, длительно сохраняются плохой аппетит, избирательность в еде, жевательная лень. Часто запоры, поверхностный сон с устрашающими сновидениями. На первом плане повышенная аффективная возбудимость, впечатлительность, склонность к страхам. На

этом фоне под воздействием неблагоприятных факторов легко возникают невротические расстройства.

**К школьному возрасту** проявления синдрома полностью исчезают. В редких случаях он трансформируется в невротические нарушения либо формируются патологические черты характера астенического типа. Нередко симптом невропатии или его компоненты предшествуют развитию шизофрении.

## Синдром раннего детского аутизма.

Детский аутизм описан Каннером в 1943г. Это редкая форма патологии, встречается 2 на 10 000 детей. Основные проявления синдрома это полное отсутствие потребности в контакте с окружающими. Развернутая клиника наблюдается в возрасте от 2 до 5 лет.

Некоторые проявления этого синдрома становятся заметными **уже в грудном возрасте.** На фоне соматовегетативных расстройств наблюдается слабая реакция на внешние раздражители, на дискомфорт, нет комплекса оживления при контакте с матерью, отсутствие чувства голода. Сон у таких детей прерывистый, поверхностный, часто наблюдается беспричинный плач.

**В раннем детстве** это дети равнодушные к близким, безразличные к их присутствию. Иногда у них как бы отсутствует способность дифференцировать одушевлённые и неодушевлённые предметы. Страх новизны ещё более выражен, чем при невропатии. Любое изменение привычной обстановки вызывает недовольство и бурный протест с плачем. Поведение однообразное, игровая деятельность стереотипна, это простые манипуляции с предметами. От сверстников отгораживаются, участие в коллективных играх не принимают. Контакт с матерью поверхностный, привязанности к ней не проявляет, нередко негативное, недоброжелательное отношение. Мимика маловыразительна, пустой взгляд». Речь иногда развивается рано, чаще задерживается в развитии. Во

всех случаях плохо развита экспрессивная речь, главным образом страдает коммуникативная функция, автономная речь может быть сформирована достаточно. Характерны патологические формы речи- неологизмы, эхолалии, скандированное произношение, о себе говорят во 2 и 3 лице. Моторно такие дети неуклюжи, особенно страдает тонкая моторика. Интеллектуальное развитие чаще всего снижено, но может быть и нормальным.

Динамика синдрома зависит от возраста. **К концу дошкольного периода** сомато-вегетативные и инстинктивные расстройства сглаживаются, моторные нарушения редуцируются, часть детей становится более общительной. Видоизменяется игровая деятельность, она отличается особым стремлением к схематизму, формальному регистрированию объектов (составление схем, таблиц, маршрутов езды транспорта).

**В младшем школьном возрасте** сохраняется приверженность рутинному образу жизни, эмоциональная холодность, замкнутость.

**В дальнейшем синдром или редуцируется** (достаточно редко) или формируются психопатические черты характера, атипичные формы умственной отсталости, нередко шизофрения.

Выделяют психогенный вариант, связанный с эмоциональной депривацией, который наблюдается у детей государственный учреждений, если первых 3-4 года жизни отсутствовал контакт с матерью. Он характеризуется нарушением способности общаться с окружающими, пассивностью, безучастностью, задержкой психического развития.

**Синдром Аспергера**. Имеют место основные клинические проявления характерные для раннего детского аутизма. В отличие от синдрома Канера при этом виде расстройства наблюдаются нормальный или даже выше среднего уровня интеллекта, опережающее развитие речи (ребенок начинает говорить раньше, чем ходить), встречается

преимущественно у мальчиков. Прогноз более благоприятен при синдроме Аспергера, который рассматривается как особый вариант начального этапа формирования шизоидной психопатии.

Синдром Каннера возникает при сочетании наследственно- конституционального фактора с ранним органическим поражением головного мозга. В генезе синдрома определенная роль отводится также неправильному воспитанию (эмоциональная депривация). В происхождение синдрома Аспергера наследственно-конституциональный фактор расценивается как ведущий

**Гипердинамический синдром, синдром двигательной расторможенности.** Встречается у 5-10% школьников младших классов, причем у мальчиков в 2 раза чаще, чем у девочек. Синдром встречается в возрастном диапазоне от 1,5 до 15 лет, однако наиболее интенсивно он проявляется в конце дошкольного и начале школьного возраста. Основные проявления - общее двигательное беспокойство, неусидчивость, обилие лишних движений, импульсивность в поступках, нарушение концентрации активного внимания. Дети бегают, прыгают, не удерживаются на месте, хватают или трогают предметы, попадающие в их поле зрения. Задают много вопросов и не выслушивают ответов на них. Часто нарушают дисциплинарные требования. Перечисленные симптомы приводят к нарушению школьной адаптации, при хорошем интеллекте, дети испытывают трудности в усвоении учебного материала. Динамика следующая: первые проявления в виде общего беспокойства в раннем и преддошкольном возрасте, наиболее интенсивная симптоматика в 6-8 лет и в 9-10 лет двигательная расторможенность сглаживается и полностью исчезает в 14-15 лет.

Встречается при всех психических заболеваниях детского возраста, наиболее часто при органическом поражении ЦНС. В этиологии ведущее

место занимает действие экзогенного патологического фактора в перинатальном или раннем постнатальном периоде.

**Синдром уходов и бродяжничества -** очень разнообразен по причинам возникновения, но однообразен по внешним проявлениям. Встречается в возрасте от 7 до 17 лет, но чаще в пубертате.

На этапе формирования, проявления этого симптома отчетливо зависят от индивидуальных особенностей личности и микросоциального окружения. У детей и подростков с чертами тормозимости, обидчивых, чувствительных уходы связаны с переживанием обиды, ущемленного самолюбия, например, после физического наказания. При преобладании черт эмоционально-волевой неустойчивости, инфантилизма - уходы связаны с боязнью трудностей (контрольная, строгий педагог).

Гипертимные подростки, а также здоровые дети испытывают потребность в новых впечатлениях, развлечениях «сенсорная жажда» и с этим связаны уходы.

Особое место занимают немотивированные уходы на эмоционально холодном фоне. Дети уходят в одиночку, неожиданно, бесцельно блуждают, не проявляют интереса к ярким зрелищам, новым впечатлениям, неохотно вступают в контакт с окружающими (часами катаются по одному маршруту на транспорте). Они сами возвращаются и ведут себя так, как будто ничего не случилось. Это бывает при шизофрении и эпилепсии.

Независимо от причин начальных уходов, формируется своеобразный стереотип реагирования на психотравмирующие обстоятельства. По мере повторения уходов предпочтение отдается асоциальным формам поведения, присоединяются правонарушения, влияние асоциальных групп. Длительное существование уходов приводит к формированию патологических черт личности: лживость, изворотливость, стремление к

примитивным удовольствиям, отрицательное отношение к труду и всякой регламентации.

С 14-15 лет этот симптом сглаживается, в одних случаях личность не меняется, в других формируется краевая психопатия и микросоциально- педагогическая запущенность.

**Синдром страхов.** В основе аффекта страха лежит пассивно- оборонительный рефлекс (что такое?), в детском возрасте он недостаточно заторможен в виду малого жизненного опыта и сравнительно легко проявляется.

**Признаками патологических страхов является:** беспричинность, не соответствие интенсивности страхов силе раздражителя, длительность, склонность к гинерализации, нарушение общего состояния.

Выделяют 5 основных групп страхов в детском возрасте: навязчивые страхи, страхи со сверхценным содержанием, недифференцированные страхи, бредовые, ночные.

**Навязчивые страхи** - отличается конкретностью, простотой содержания, связаны с психотравмирующей ситуацией. Сопровождаются осознанием чуждости, болезненности, чувством внутренней несвободы и желанием их преодолеть. Содержание зависит от возраста (страх ходьбы, острых предметов, закрытых помещений, страх покраснеть, страх речи и т.п.) Встречается **при неврозах и шизофрении.**

**Страх со сверхценным содержанием.** Связан с особым отношением к определенным объектам или предметам, которые первоначально вызвали испуг. Они носят характер приступов, сопровождаются тревогой, вегетативными расстройствами, успокаивающее действие окружающих малоэффективно. Переживания страха не осознаются как болезненные, отсутствует стремление к преодолению (страх грозы, одиночества, приведений, остановки сердца и т.п.). Встречается **при неврозах и шизофрении.**

**Недифференцированные, бессодержательные страхи.-** приступы страхов с переживанием непреодолимой угрозы для жизни в сочетании с двигательным беспокойством и вегетативными расстройствами. Тематики нет - боюсь и все. Чаще в младшем возрасте. Встречается **при неврозах, шизофрении, органическом поражении ЦНС.**

**Страхи бредового содержания -** отличаются переживанием скрытой

угрозы со стороны людей, животных, неодушевленных предметов, сопровождаются подозрительностью. Тематика зависит от возраста. ( обыденные предметы, водопроводные краны, персонажи фильмов, тени, бандиты, наркоманы, в пубертате - ипохондрические переживания, негативное отношение к родителям). Встречается **шизофрении.**

**Ночные страхи -** у 2-3 % детей школьного возраста, это рудименты нарушения сознания. Могут иметь сверхценное содержание, могут носить пароксизмальный характер. Встречаются **при неврозах, истерии, эпилепсии**.

**Синдром патологического фантазирования -** необычно стойкие, оторванные от реальности, причудливые по содержанию фантазии, сопровождающиеся нарушением поведения

Содержание фантазий зависит от возраста: **3-5 лет - стойкие игровые перевоплощения**

**6-8 лет - образные патологические фантазии.** Образные фантазии активно вызываются ребенком, а сам процесс вызывает чувство удовольствия. Дети представляют маленьких человечков, животных, играют с ними, путешествуют, попадают в новые города и страны.

**В пубертатном возрасте- фантазии в форме самооговоров**, нередко носят детективно-приключенческий характер.

СИНДРОМЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, НАБЛЮДАЮЩИХСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.

**Гебоидный синдром -** характеризуется заострением и искажением эмоционально-волевых особеннностей личности в пубертатном периоде. Основной компонент- расторможенность и извращение примитивных влечений, утрата и ослабление высших нравственных установок (добро и зло, дозволенное и недозволенное), притупление высших эмоций например, чувства жалости, сострадания и т.п. В поведение отмечается склонность к антисоциальным поступкам и особая оппозиционностью к общепринятым взглядам и нормам. Развитию гебоидного синдрома еще **в детском возрасте** предшествуют расстройства влечений: садистические наклонности в виде желания делать назло близким, причинять боль окружающим, мучить животных, стремление ко всему, что вызывает брезгливость или отвращение у большинства людей. У детей отмечается особое тяготение к эмоционально отрицательным событиям: ссоры, драки, убийства, пожары. Патология влечений может проявляться склонностью к воровству, прожорливостью, бродяжничеству.

Наиболее развернутый этот синдром наблюдается **в пубертатном возрасте**, как правило, при дисгармонически протекающем пубертатном кризе, особенно при ускоренном половом созревании. Патология влечений выступает в форме повышенной сексуальности. Подростки изводят и терроризируют членов семьи. Постепенно к расстройству влечений и инстинктов присоединяются нарушения влечений в форме бродяжничества, воровства, употребления алкоголя и токсикоманических веществ. Асоциальное поведение способствует снижению нравственных установок, отказу от работы и учебы.

Гебоидный синдром может встречаться в рамках психопатии и органического поражения ЦНС, примерно к 20-25 годам его проявления

сглаживаются. При шизофрении симптоматика более стойкая и наблюдается до 30 лет.

**Синдром дисморфофобии -** болезненная идея мнимого или необоснованного преувеличения имеющегося физического недостатка. Синдром включает так же идеи отношения, сниженное или депрессивное настроение. Этот синдром наиболее характерен для пубертатного возраста, но в ряде случаев может сохраняться до 30 лет. Эпизодические дисморфофобические идеи связанные со сверхценным отношением к реальным недостаткам (невысокий рост, полные бедра) встречаются и в норме, но они поддаются коррекции и не нарушают адаптацию. Выраженный синдром характеризуется неотступностью мыслей и представлений о мнимом уродстве. Подросткам начинает казаться, что окружающие замечают их недостаток, смеются над ними. Появляются идеи отношения, которые сопровождаются вербальными иллюзиями (в голосах прохожих, в разговорах сверстников, слышат насмешливые реплики). Часто возникает синдром зеркала. Дисморфофобические проявления могут возникать в виде мыслей о дефекте отдельных функций: урчание в животе, недержание газов и т.п.

Идеи физического недостатка сопровождаются пониженным и даже тоскливым настроением, иногда с суицидальными мыслями. Меняется поведение, подросток избегает людных мест, меняет прическу, чтобы замаскировать дефект. Нередко обращается к хирургу - косметологу.

У старших подростков дисморфофобические переживания включают развернутую картину интерпретации характера мнимого дефекта его происхождение, влияния на весь организм. Возникновение синдрома может быть постепенным или внезапным по типу озарения. Наблюдается у больных шизофренией, при неврозе навязчивости, истерическом неврозе. Достаточно стойкие расстройства возникают у подростков с физическими недостатками (заячья губа, карликовый рост).

**Синдром односторонних сверхценных интересов и увлечений -** определяется наличием связанных с болезненно усиленным влечением сверхценных увлечений. Выделяют 2 типа синдромов.

Первый вариант - в основе синдрома сверхценная идеаторная, интеллектуальная деятельность, например, вопросы «о мировом сознании, вневременной морали». Этим вопросам уделяется большая часть времени в ущерб досугу и учебе. Интеллектуальная деятельность имеет непродуктивный характер, «болезненное мудорствование». Подростки часами предаются размышлениям, однако, не проявляют стремления к реализации своих мыслей. Характерен контраст между сложностью увлекающих подростка проблем и детской ограниченностью запаса сведений, наивной упрощенностью подхода. В литературе это определяется термином **«философской интоксикации» («метафизическая интоксикация»).**

Вторая группа синдромов сверхценных увлечений - те формы, при которых ведущее значение занимают стремление к той или иной конкретной деятельности «странные увлечения»: усиленные занятия практически не используемых в жизни языками, физические упражнения с целью укрепления связок опрно-двигательного аппарата рук.

Обычно этот синдром возникает в интервале 11-17 лет в рамках шизофрении, психопатии шизоидного круга. Динамика различна, но во всех случаях после 25 лет не встречается.

# РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

**ОСНОВНАЯ**

1. Банщиков В.М., Короленко Ц.П., Давыдов И.В. Общая психопатология ( учебное пособие для студентов медицинских институтов) М.: Медицина, 1971.-173 с.
2. Коркина М.В., Цивилько М.А., Морилов В.В., Карева М.А. Практикум по психиатрии. М., 1986.-143 с.
3. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. **Психиатрия:** Учебник.- М.: Медицина, 1995.-608 с.
4. Карен Ван Дер Берг, Виктор Бувальда. Учебное пособие по наркологии для студентов медицинских институтов.- Минск, 1997.- 97 с.
5. Кирпиченко А.А. Психиатрия / Учебник для медицинских институтов Минск: Вышейш. Школа, 1996.-380 с.
6. Тёлле Р. Психиатрия с элементами психотерапии/ Учебник для медицинских институтов. - Минск: Вышейш. школа, 1999.-496 с.
7. Ушаков Г.К. Детская психиатрия (учебник для педиатрических фак- тов мед.ин-тов).- М.: Медицина, 1973. –392 с.

# ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ

1. В.В. Ковалев Психиатрия детского возраста (Руководство для врачей) М: едицина, 1979.- 606 с.
2. Клиническая психиатрия. / Под ред. Г. Грулле, Р. Юнга, В. Майер- Гросса, М. Мюллера. - М.: Медицина, 1967.- 832 с.
3. Клиническая психиатрия (из синопсиса по психиатрии) В 2 томах. / Под редакцией Г.И. Каплан, Б. Дж. Сэдок. - М.: Медицина, 1994. - Т.1. - 671 с.
4. Личко А.Е. Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. - Л.: Медицина, 1985. - 415 с.
5. Международная Классификация Болезней (10 пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. -Россия Санкт-Петербург, 1994. - 302 с.
6. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста.- М. Медицина 1974.- 320 с.
7. Целибеев Б.А. Психические нарушения при соматических заболеваниях.- М.: Медицина, 1972.- 232 с.