

Ю.С. Шевченко

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИВЫЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ У ДЕТЕЙ (КЛИНИКА, ДИНАМИКА, ТЕРАПИЯ)

Российская медицинская академия последипломного образования (Москва)

Патологические привычные действия (ППД), которые объединяют раскачивания телом и головой (яктация), кусание ногтей (онихофагия), выдергивание волос (трихотилломания), сосание пальцев и языка, возникшую в допубертатном возрасте мастурбацию, а также ряд более элементарных поведенческих стереотипий, представляют собой группу специфических расстройств, характерных для детей и подростков. Распространенность отдельных феноменов, относящихся к данной группе, либо их сочетаний довольно высока. По данным разных авторов, от 6% до 83% детей имеют в том или ином возрасте указанные привычки (Гарбузов В.И., 1971; Чупин Г.Т., Маслова Г.И., 1971; Исаев Д.Н., Каган В.Е., 1986; Рапопорт Д.Л., 1989; Kanner L., 1955; Harnack C., 1958; Schachter M., 1957; Stutte H., 1967; Delgado R.A., Mannino F.U., 1969; Ajuriaquerra Y. de, 1970; Kaplan H.I., Sadock B.J., 1994; Graham Ph. et al., 1999).

В ходе многолетнего исследования, позволяющего наблюдать изучаемые феномены в динамике, начиная с самого раннего возраста, нами уточнена типология основных пяти видов ППД и их непатогенных аналогов (Шевченко Ю.С., 1994).

Так, ритмические стереотипные движения телом и/или головой могут быть представлены в форме раскачиваний в передне-задней или боковой плоскостях, реже в форме биений головой о горизонтальную или вертикальную поверхность, либо в виде кручений головой и других стереотипий, ритм которых может быть синхронным с частотой сердечных сокращений, соответствовать энцефалографическому ритму засыпания, либо меняться параллельно степени эмоционального возбуждения ребенка (так называемая «гневливая яктация»). Одним из проявлений повышенной потребности в ритмической стимуляции может быть особая страсть некоторых детей к качелям, ритмичной музыке, другим внешним источникам ее.

Вариантами сосания большого пальца являются: сосание других пальцев, всей кисти, языка, губы, неба. Рудиментарными и атипичными проявлениями этой привычки служат: сосание различных предметов, одежды, игрушек, страсть к соске и т.п.

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

Онихофагия, типично проявляющаяся обгрызанием ногтей на руках, реже на ногах, может иметь свой вариант в виде привычки грызть карандаши, ручки и другие предметы, кусать язык, слизистую щек, скрипеть зубами. Нефагический вариант феномена представлен привычкой ломать, подергивать и ковырять ногти, крутить и 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 крутятся, подергиваются и выдергиваются не только свои, но и чужие волосы, волосы кукол, шерсть животных, все ворсистое и пушистое, что попадает под руки. Рудиментарные и атипичные варианты феномена представлены трихоманией в виде страсти к собиранию волос с пола, расчесок с последующим их скручиванием, сосанием, щекотанием ими собственной кожи и т.п.

Каждый из перечисленных феноменов может сочетаться со всеми другими видами патологических и непатологических привычных действий, а также с недифференцированными их формами, такими как дерматотлазия – раздавливание, разминание, растирание, расчесывание и пощипывание кожи, кручение уха, ковыряние в носу и прочее. При нередком (более чем в 1/3 случаев) сочетании различных форм ППД, указывающем на природную связь всех пяти видов поведенческих стереотипов, отмечается определенная предпочтительность их совместного существования в парах: яктация – сосание пальца и онихофагия – трихотилломания, что совпадает с близостью преимущественных возрастных диапазонов их синдромального оформления.

В.В. Ковалев (1979) определял ППД как “группу специфических для детей и подростков нарушений поведения, в основе которых лежит болезненная фиксация тех или иных произвольных действий, свойственных в той или иной степени детям раннего возраста” (с. 185). Как видно из приведенного определения, понимание клинической сущности этих феноменов невозможно без динамического анализа рассматриваемого поведения в контексте учения о психическом дизонтогенезе, его проявлениях, начиная с самого раннего детства (Сухарева Г.Е., 1955; Ушаков Г.К., 1973; Ковалев В.В., 1985; Лебединский В.В., Никольская О.С. и др., 1990; Шевченко Ю.С., 1992; Spitz R.A., 1962; Harbauer H. et al., 1980). Для детского психиатра клинико-онтогенетический подход к данной проблеме конкретизируется в следующих вопросах. Какова природа таких произвольных действий, как сосание пальца, раскачивания при засыпании, манипулирование половыми органами и другими частями тела, кусание ногтей и т.п., которые свойственны многим детям в раннем возрасте, а в качестве преходящих и вполне безобидных эпизодов отмечаются у большинства детей? В чем причина их фиксации у некоторых из них и длительного сохранения порой и во взрослом возрасте? Каковы критерии перехода этих достаточно банальных привычек в патологические феномены? Каково их место в ряду других психопатологических образований? И т.д.

В основу работы положены результаты клинико-психопатологического, катамнестического, патопсихологического и электроэнцефалографического обследования 260 пациентов (127 мужского и 133 женского пола) с патологическими привычными действиями, возникшими в детском и подростковом возрасте. Возраст первого обследования – от 1 года до 16 лет. Все больные изучались в динамике в течение 1-5 лет, 26 больных трихотилломанией обследованы катамнестически в возрасте 21-36 лет (длительность катамнеза в среднем – 13 лет). Кроме того, катамнестически (в 7-9 лет) обследованы 25 детей, наблюдавшихся впервые в раннем возрасте по поводу оформленных

и рудиментарных ППД и их сочетаний.

Проведенное исследование позволило прийти к следующим выводам.

1. Сосание пальца, яктация, допубертатная мастурбация, онихофагия, трихотилломания представляют собой группу близких по природе и патогенезу нозологически неспецифических расстройств поведения, характерных для детского и подросткового возраста, которые имеют свои непатологические аналоги и проявляются в клинике в виде типичных дифференцированных симптомов и синдромов, рудиментарных и атипичных феноменов, а также в виде сочетания нескольких привычных действий. Наибольшая частота совместного существования отдельных вариантов ППД отмечается в парах: сосание пальца-яктация и трихотилломания-онихофагия.

2. ППД являются продуктивно-дизонтогенетическими феноменами регрессивного характера, возникающими в результате фиксации инстинктивных поведенческих моделей, физиологичных для раннего возраста, либо вследствие возврата к ним в более поздние возрастные периоды в рамках психогенных заболеваний, церебрально-органических расстройств, общих или парциальных задержек и аномалий нервно-психического развития, эндогенных депрессий, шизофрении и других нозологических форм. С наибольшей частотой ППД возникают при патологических состояниях, развитие которых определяется сочетанием психогенных, энцефалопатических и наследственно-конституциональных факторов. Диалектическое взаимодействие указанных факторов определяет дальнейшую динамику ППД и личности пациентов.

3. Такие этологические феномены, как сосание пальца, раскачивания телом и головой, допубертатная мастурбация, грызение ногтей, выдергивание волос могут быть представлены как эволютивные звенья единой психобиологической цепи: филогенетические автоматизмы в рамках пищевого, полового, исследовательского, груминг-поведения; естественное инстинктивное поведение новорожденных и детей раннего возраста, отражающее соматовегетативный уровень нервно-психического реагирования (по В.В.Ковалеву); гиперкомпенсаторное стереотипное поведение, обусловленное дизонтогенетическими механизмами психогенных, церебрально-органических или эндогенных заболеваний; индивидуальная привычка условно патологического или патологического характера как относительно автономная поведенческая система, осуществление которой стало потребностью; психопатологические симптомы и синдромы, сформировавшиеся на почве перечисленных выше поведенческих моделей и отражающие клинические закономерности основного патологического процесса или состояния.

4. Ранними клиническими критериями отграничения ППД от их непатологических аналогов являются следующие:

а). Учащение эпизодов осуществления тех или иных инфантильных психомоторных реакций (сосания пальца, раскачиваний, манипуляций частями тела, собственными волосами) вместо естественной возрастной редукции, либо возникновение их в возрасте после 3 лет.

б). Увеличение продолжительности этих эпизодов в динамике.

в). Сочетание указанных феноменов с другими признаками дизонтогенеза нервно-психического развития (невропатия, задержка угасания рефлексов новорожденных и врожденных автоматизмов, отставание в психомоторном и речевом развитии, асинхрония психического развития по типу шизотипического диатеза, дисгармонического инфантилизма и проч.).¹

г). Генерализация ранних онтогенетических форм поведения, распространение их на другие объекты (кручение и подергивание не только собственных волос, но и волос матери и других людей, выдергивание ворса из одеяла, игрушек, любых пушистых предметов, сосание и кусание все

¹ Имеются в виду не только более общие по отношению к усиленной телесной аутоактивности признаки нарушения созревания, но и вторичные по отношению к ним дизонтогенетические образования (психогенные личностные "комплексы", патохарактерологические реакции и развития, страхи физического и морального ущерба и проч.).

возрастающего числа предметов, мебели, постельного белья, одежды, разнообразие способов раздражения гениталий).

д). Нарастание полиморфизма физиологических предшественников патологических привычек (одновременное наличие у одного и того же ребенка стереотипных раскачиваний, сосания пальца или языка, грызения ногтей, манипулирования волосами или гениталиями в различных сочетаниях).

е). Выход поведенческих реакций за первоначальные границы условий их осуществления (появление стремления сосать палец не только перед едой или сразу после кормления, раскачиваться не только при засыпании, манипулировать телом в период активного бодрствования в нестесненном пространстве и в немонотонном окружении), что указывает на утрату (чаще относительную) компенсаторной роли рассматриваемых этологических штампов, приобретение ими качества автономного функционального образования.

ж). Приобретение ими ритуального характера с жестко фиксированной последовательностью и сочетанием совершаемых действий, проявляющихся стереотипно, по типу клише, с отношением к ним как к чуждым, болезненным, вредным, вызывающим чувство внутренней несвободы.

з). Доминирование их над другими формами поведения, явное предпочтение этих действий доступной и прежде привлекательной игровой деятельности, общению, невозможность отвлечь, переключить внимание, упорный возврат к ним при прерывании, тугом пеленании, ограничении движений, взятии на руки, укачивании, баюкании, даче соски и т.п.

и). Извращенный характер субъективного удовольствия, получаемого от совершения указанных действий, осуществление их, несмотря на чрезмерную интенсивность и болезненность, самоповреждения (вырывание волос, порой с последующим их проглатыванием, ушибы головы, щипание и кусание себя, приводящие к нарушению роста волос, незаживающей мацерации кожи, искривлению зубов, уплощению пальца), сохранение привычки вопреки физическим наказаниям, смазывания пальца горечью. Выраженное проявление недовольства и протестное поведение в ответ на запреты (плач, беспокойство, капризы, вегетативные реакции, отказ от еды, невозможность заснуть и т.п.).

Наличие одного из трех последних критериев, характеризующих переход продуктивно-дизонтогенетических феноменов в собственно продуктивные психопатологические образования (навязчивые действия, сверхценное поведение или неодолимые влечения), или любое сочетание более чем двух признаков из шести предыдущих дают основание уже в раннем возрасте говорить о переходе физиологических проявлений в патологические симптомы, требующие направленных лечебных и воспитательных воздействий.

Выделенные критерии в известной степени отражают закономерности возрастной и клинической динамики патологических привычных действий от физиологического двигательного феномена к индивидуальной непатологической, условно-патологической или явно патологической привычке, а также возможной дальнейшей динамике последней в сторону приобретения качеств собственно продуктивного психопатологического расстройства.

5. Крайние случаи ППД, представляющие собой клинические варианты синдрома-болезни и весьма резистентные к терапии, вследствие утраты мотивами привычного поведения опосредованного характера и приобретения ими доминирующего положения в иерархии мотивов, характеризуются нарушением социальной адаптации ребенка в семье и детском коллективе и искажением процесса созревания личности. Ранними социально-психологическими критериями приобретения индивидуальными привычками собственно патологического качества могут быть следующие:

а) противоречие проявлений привычного поведения социальным нормам конкретной общественной среды;

б) внедрение привычных стереотипов в структуру естественной для ребенка игровой, познава-

тельной, творческой и коммуникативной деятельности:

в) нарушение процесса формирования и соподчинения онтогенетических уровней общения (Лисина М.И., 1986);

г) отклонения в развитии, функционировании и взаимодействии онтогенетических уровней базальной системы эмоциональной регуляции за счет гиперфункции “уровня стереотипов” (по В.В. Лебединскому и соавт.).

6. Динамика затяжного синдрома ППД характеризуется последовательной сменой этапов – **преходящих поведенческих реакций**, возникающих вначале в ответ на тот или иной специфический стимул и несущих компенсаторную функцию, связанную с питанием, сном, исследовательским или очищающим поведением, а в дальнейшем приобретающих характер универсального ответа на любой неспецифический стресс; этапа **устойчивого поведенческого стереотипа**, то есть системного поведенческого расстройства, для сохранения которого не требуется дополнительной стимуляции; этапа **вторичных личностных реакций** на существующую привычку, ее физические и социальные последствия.

7. Статистически достоверными факторами, ухудшающими прогноз ППД, являются следующие:

- возникновение ППД по типу фиксации инстинктивных поведенческих моделей в раннем возрасте либо по типу регресса к ним под влиянием острого психического стресса;
- развитие и существование ППД на фоне невропатии, минимальной мозговой дисфункции, соматической ослабленности, вегетативно-сосудистой дистонии;
- приобретение привычным поведением качеств продуктивных психопатологических расстройств (навязчивых, истерических, сверхценных, кататонических), а также выраженность их в структуре компонента патологически усиленного влечения;
- непрерывный тип течения ППД с отсутствием периодов исчезновения специфических поведенческих стереотипов на месяц и более;
- тревожно-фобический, депрессивный, ипохондрический характер внутренней картины болезни независимо от того, в рамках какой нозологической формы ППД являются ведущим синдромом;
- наличие источника хронического эмоционального и физического стресса, связанного с отсутствием у детей с ППД психологической готовности к школьному обучению (школьной зрелости) ко времени начала учебы.

8. Экспериментально-психологическое обследование больных с трихотилломанией подтверждает обоснованность клинко-психопатологического подразделения неэндогенных случаев данного синдрома-болезни на невротические и неврозоподобные. Это обуславливает необходимость дополнения общих лечебных мероприятий, касающихся единых звеньев патогенеза, специфическими для той или иной формы психотерапевтическими и психокоррекционными воздействиями, что связано с наличием или отсутствием психогенетических механизмов патогенеза и с особенностями внутренней картины болезни.

Клинко-электроэнцефалографическое изучение трихотилломании дает основание подразделять неврозоподобные формы ППД на первично-дизонтогенетические и вторично-энцефалопатические (по В.В. Ковалеву), в соответствии с преимущественной представленностью в клинической картине и в данных параклинических исследований проявлений задержки созревания анатомо-функциональных систем мозга или их “органической” дисфункции.

Церебральный эффект различных патогенных факторов (энцефалопатических, психогенных, дизонтогенетических или сочетанных), проявляющийся в гиперактивности подкорковых структур и гипотонусе коры, диктует необходимость патогенетически обоснованной биологической терапии, направленной на оптимизацию работы мозга, способной обеспечить дозревание или восста-

новление онтогенетических механизмов корково-подкорковой субординации (ноотропы, стимуляторы).

9. Первично адаптивный характер врожденных поведенческих стереотипов в виде раскачиваний, сосания пальца, манипуляций с половыми органами, волосами, грызения ногтей и более элементарных автоматизмов проявляется в том, что в конфликтных ситуациях они возникают по этологическим механизмам “смещенной” или “переадресованной” на себя активности (Tinbergen N., 1993; Lorenz K., 1994), обеспечивающей разрядку эмоционального напряжения, самоуспокоение, отгорожение от сверхсильных раздражителей и т.п.

В последующем этот способ эмоциональной саморегуляции закрепляется в качестве универсального ответа на любой физический или эмоциональный дискомфорт, а само осуществление привычного поведения становится потребностью. При этом фиксации инстинктивных моделей способствует как естественная инертность, присущая этим древним филогенетическим структурно-функциональным системам, так и невротическая или психоорганическая инертность, связанная с психогенной или энцефалопатической природой обусловившего их патологического состояния, его “органической” почвой либо невротическими осложнениями.

С течением времени повторяющиеся стереотипы, дополняясь условнорефлекторными связями, приобретают функциональную автономию и сохраняются в силу отсутствия достаточных стимулов для альтернативного поведения и приобретения качества устойчивого патологического состояния (по Н.П. Бехтеревой).

10. Возрастная предпочтительность формирования дифференцированного варианта ППД характеризуется общей тенденцией к регрессу, однако, в ряде случаев расстройство сохраняется годами, нарушая психический онтогенез и искажая формирующуюся личность. Наиболее неблагоприятный прогноз имеет трихотилломания, сохраняющаяся в качестве ведущего расстройства у 50% взрослых, что сопровождается их нажитой психопатизацией с приобретением эмоционально-лабильных и/или аутистических черт характера.

11. Специфика ППД как системных поведенческих расстройств обуславливает необходимость динамического подхода к их нозологической диагностике. В случае невозможности отнести их к более общему психическому заболеванию и приобретения ими качества ведущего психопатологического нарушения (синдрома-болезни) ППД следует классифицировать в качестве самостоятельной номенклатурной единицы – функциональных продуктивно-дизонтогенетических расстройств поведения регрессивного характера (с возможной более тонкой дифференциацией в рамках единого шифра).

12. Такие особенности ППД, как особая легкость возникновения по разным, в том числе достаточно случайным причинам, стойкая последующая фиксация и автоматизация сложного многокомпонентного двигательного паттерна, идентичность ППД в разных популяциях и культурах, наличие рудиментарных предшественников их в период внутриутробного развития и физиологических аналогов в раннем онтогенезе, имеющих адаптивное значение, а также традиционная социализация их у разных народов, могут быть объяснены генетической запрограммированностью соответствующего поведения, обусловленной его филогенетической природой. Последнее подтверждается сравнительным анализом этих форм поведения у человека и животных, обнаруживающим их видоспецифический характер (Ладыгина-Котс Н.Н., 1935; Дерягина М.А., 1997).

13. Патогенетически обоснованное лечение больных с ППД должно строиться с учетом:

- комплексного общебиологического, психофармакологического и психотерапевтического воздействия на энцефалопатические, дизонтогенетические и психогенные факторы, лежащие в основе развития психического нарушения и поддерживающие устойчивое патологическое состояние;
- психокоррекции личности пациента и структуры его межличностных отношений с целью формирования более зрелых форм психической саморегуляции и социального функционирования;

- воздействия на саму инертную систему фиксированного поведения с учетом его психопатологического качества².

14. Хронический характер большинства случаев ППД, их резистентность к лечебным воздействиям предопределяет необходимость усиления эффективности последних за счет воздействия на больного в форме эмоционально-стрессовой психотерапии и других способов дестабилизации устойчивого патологического состояния.

Использование технического устройства, работающего на принципе биологической обратной связи и подающего звуковой сигнал о приближении руки к голове во время не контролируемого сознанием привычного патологического навыка, дает основание говорить о перспективности применения в психиатрии аппаратов, построенных по данному принципу, для обеспечения активного сознательного контроля при лечении ППД и других высокоавтоматизированных двигательных стереотипов (Шевченко Ю.С., Васильев М.В., 1994).

Дизонтогенетическая природа ППД обуславливает необходимость проведения онтогенетически ориентированных приемов психотерапии и психокоррекции детей с подобными формами расстройств. Основной принцип разработанной на основе концепции онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) интегративной психотерапии (Шевченко Ю.С., 1999) методики интенсивно-экспрессивной терапии (ИНТЭКС) – это решение актуальных для ребенка и его микросреды проблем на основе гармонизации личности и семьи за счет оживления онтогенетических ранних форм психической саморегуляции и общения (в том числе невербального) и одновременной стимуляции соответствующей психологическому возрасту ребенка “зоны ближайшего развития” индивидуально- и социально-психических уровней его личности (Шевченко Ю.С., Добридень В.П., 1998).

15. Нозологическая неспецифичность ППД обуславливает единство принципов их первичной профилактики с общими положениями психогигиены детей и подростков. Наиболее существенным условием развития и воспитания детей, имеющим значение для предупреждения возникновения и фиксации инстинктивных поведенческих стереотипов, является обеспечение врожденных потребностей ребенка в телесном контакте (в частности, в процессе кормления грудью), двигательной активности, ритмической стимуляции, исследовательском поведении, постоянном и эмоционально насыщенном контакте с близкими людьми (прежде всего, с матерью), что наиболее актуально в раннем возрасте.

Возникновение компенсаторных стереотипных действий должно, в первую очередь, настраивать родителей, воспитателей и педиатров на поиск и ликвидацию источников эмоционального и физического дискомфорта, психической депривации, а также на развитие социализированных

² Проведенное исследование подтвердило эффективность серотонинэргических антидепрессантов в отношении трихотилломании (Swedo S.E., Rapoport J.L., 1991) и в то же время позволило уточнить показания к их применению. Наибольшая их эффективность отмечена при ядерном (продуктивно-дизонтогенетическом) варианте привычных действий, обсессивно-компульсивной структуре синдрома, а также при их возникновении на фоне первичной депрессии. Перспективным представляется использование при данном психопатологическом варианте синдрома современных, но малоизученных в детской практике антидепрессанта коаксила и нейрореплика риполепта (а также их сочетания). Приобретение патологическими привычками качества навязчивых и неодолимых влечений, либо осложнение синдрома вторичными, личностно-реактивными депрессивными образованиями на третьем этапе его развития сопровождалось потерей чувствительности к кломипрамину и серотонинэргическим антидепрессантам (флуоксетину, флувоксамину). В этих случаях более эффективными оказались неупелтил, аминазин, сонапакс (при выраженности патологического влечения к выдергиванию волос), а также трициклические антидепрессанты и транквилизаторы (амитриптилин, алпрозолам, финлепсин, феназепам). Наличие энцефалопатических и дизонтогенетических механизмов, лежащих в основе патогенеза ППД, определяет обоснованность назначения в качестве базисных препаратов ноотропов и психостимуляторов, обеспечивающих дозревание структурно-функциональных систем мозга и повышение тонуса коры, что облегчает проведение психотерапии и психокоррекции.

форм реализации инстинктивного поведения, обеспечение отвлекающих от стереотипий альтернативных психотехнических приемов сенсорной и двигательной регуляции эмоционального тонуса и формирование соответствующих возрасту высших потребностей.

Выявление ранних признаков трансформации индивидуальной привычки в ППД диктует необходимость своевременного обеспечения специализированной психиатрической помощи (в том числе и детям раннего возраста), включающей психотерапевтические, психокоррекционные и медикаментозные мероприятия (Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С., 2000).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С.* Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков.- М.: Изд-во Ин-та Психотерапии, 2000 .- 304 с.
2. *Бехтерева Н.П.* Здоровый и больной мозг человека.- Л.: Наука, 1988.- 262 с.
3. *Гарбузов В.И.* К вопросу о навязчивом выдергивании волос, бровей и ресниц детьми и подростками. // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова № 10, 1971.- с. 1210-1215.
4. *Дерягина М.А.* Эволюция поведения приматов (этологический подход к проблеме антропо-социогенеза). Дисс. докт. биол. Наук.- М., 1997 .- 60 с.
5. *Исаев Д.Н., Каган В.Е.* Психогигиена пола у детей.- Л.: Медицина, 1986.- 336 с.
6. *Ковалев В.В.* Психиатрия детского возраста.-М., Медицина,1979.- 607 с.
7. *Ковалев В.В.* Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков.- М., Медицина, 1985.-288 с.
8. *Ладыгина-Котс Н.Н.* Дитя шимпанзе и дитя человека в их инстинктах, эмоциях, играх, привычках и выразительных движениях. – М.: 1935.- 559 с.
9. *Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М.* Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция.- М., Изд. МГУ, 1990.- 197 с.
10. *Лисина М.И.* Проблемы онтогенеза общения. М., Педагогика, 1986.- 145 с.
11. *Сухарева Г.Е.* Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т.1.- М.: Медгиз, 1955.- 458 с.
12. *Ушаков Г.К.* Детская психиатрия.- М.: Медицина, 1973.- 392 с.
13. *Чупин Г.Т., Маслова Г.К.* Распространенность вредных привычек у детей, страдающих врожденными или приобретенными нервно-психическими заболеваниями. // Стоматология. Т. 50, № 3, 1971.- с. 86-87.
14. *Шевченко Ю.С.* Патологические привычные действия у детей и подростков и принципы их терапии с позиций концепции психического дизонтогенеза. // Социальная и клиническая психиатрия.- 1992.-Т.2, вып. 1.-с.11-21.
15. *Шевченко Ю.С.* Патологические привычные действия у детей и подростков (клинико-патогенетический и терапевтический аспекты). Дисс. докт. мед наук, М., 1994.-444 с.
16. *Шевченко Ю.С., Васильев М.В.* Способ психотерапии патологических привычных действий с помощью аппарата биологической обратной связи. // Социальная и клиническая психиатрия.- 1994.-№2.- с. 82-88.
17. *Шевченко Ю.С., Добридень В.П.* Онтогенетически – ориентированная психотерапия (методика ИНТЭКС). Практическое пособие.- М.: Российское психологическое общество, 1998.- 157с.
18. *Шевченко Ю.С.* Онтогенетически ориентированная (реконструктивно-кондуктивная) психотерапия. // Социальная и клиническая психиатрия. Т 9, вып. 3, 1999.- с. 63-70.
19. *Ajuriaguerra J. de.* Manuel de psychiatrie de l' enfant. Paris, 1970.- 1023 p.
20. *Delgado R.A., Mannino F.U.* Some observations on trichotillomania in children. // J. Acad. Child. Psychiatry.- 1969, v. 8, № 2.- pp. 229-246.

21. *Graham Ph., Turk J., Verhulst F.C.* Child Psychiatry. A developmental approach. Third ed. Oxford Univ. Press, 1999.- 554 p.
22. *Harbauer H., Lempp R., Nissen G., Strunk P.* Lehrbuch der speziellen Kinder und Jugendpsychiatrie. 4. Aufl. Berlin: Heidelberg: N.Y. Springer, 1980.- 535 S.
23. *Harnack G.A. von.* Nervöse Verhaltensstörungen beim Schulkinderen. Stuttgart, Thieme, 1958.- 92 S.
24. *Kanner L.* Child psychiatry. 2-d ed.- Thomas, 1955.- 752 p.
25. (*Kaplan H.I., Sadock B.J.*) *Каплан Г.И., Сэддок Б.Дж.* Клиническая психиатрия. Т.2. Пер.с англ.- М.: Медицина, 1994.- 526 с.
26. (*Lorenz K.*) *Лоренц К.* Агрессия (так называемое «зло»): Пер. с нем.- М.: Из. гр. «Прогресс», «Универс», 1994.- 272 с.
27. (*Rappoport J.L.*) *Рапопорт Дж.Л.* Биологическая природа навязчивых действий. // В мире науки, *Scientific America*, № 5, 1989.- с. 55-62.
28. *Schachter M.* Etude des rythmies de la veille chez l'infant. // *Etude de neuropsychopathologie infantile*, № 7, 1957.- pp. 1-27.
29. *Spitz R.A.* Autoerotim re-examined: The role of early sexual behavior patterns in personality formation. // *Psychoanalytic Study of the Child* /Ed R.S. Eissler, A. Freud, A. Hartman, M. Kris. V. 17.-N.Y., 1962.- pp. 283-297.
30. (*Stutte H.*) *Штутте Г.* Психиатрия детского и юношеского возраста. В кн.: Клиническая психиатрия / под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера. Пер. с нем. М.: Медицина, 1967.- с. 678-799.
31. *Swedo S.E., Rapoport J.L.* Annotation: Trichotillomania. // *J. Child Psychol., Psychiat.* V. 32, № 3, 1991.- pp. 401-409.
32. (*Tinbergen N.*) *Тинберген Н.* Социальное поведение животных.: Пер. с англ.- М.: Мир, 1993.- 152 с.