

**МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»**

**ИНСТИТУТ ПЕДАГОГИКИ И ПСИХОЛОГИИ
КАФЕДРА ДЕФЕКТОЛОГИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ**

А. А. Суворова-Григорович

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ПАТОПСИХОЛОГИЯ

Учебное пособие

для студентов очной и заочной форм обучения
по направлению подготовки
44.03.03 «Специальное (дефектологическое) образование»



КНИГА
Луганск
2024

УДК [616.89 + 159.9:61](075.8)

ББК 56.14 я73 + 88.484 я73

С89

Рецензенты:

Черных Л. А. – профессор кафедры психологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Луганский государственный педагогический университет», доктор психологических наук, доцент;

Чубова И. И. – заведующий кафедрой дефектологии и психологической коррекции федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Луганский государственный педагогический университет», кандидат психологических наук, доцент;

Козаченко Е. В. – доцент кафедры психологии и конфликтологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Луганский государственный университет имени Владимира Даля», кандидат психологических наук, доцент.

Суворова-Григорович А. А.

С89 Психопатология и патопсихология : учебное пособие / А.

А. Суворова-Григорович; ФГБОУ ВО «ЛГПУ». – Луганск : Книта, 2024 – 202 с.

Учебное пособие содержит теоретические сведения о феноменологии психических расстройств и патопсихологических характеристиках психиатрических нозологий. В пособии отражены современные взгляды на психиатрические расстройства, особенности их проявления у детей и подростков, описаны специфические психические расстройства детско-подросткового возраста. К каждой теме представлен блок контрольных вопросов.

Учебное пособие предназначено для студентов очной и заочной форм обучения по направлению подготовки 44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование.

УДК [616.89 + 159.9:61](075.8)

ББК 56.14 я73 + 88.484 я73

Рекомендовано Учебно-методическим советом ФГБУ ВО «ЛГПУ» в качестве учебного пособия для студентов очной и заочной форм обучения по направлению подготовки 44.03.03 «Специальное (дефектологическое) образование» (протокол № 7 от 14.02.2024 г.)

© Суворова-Григорович А. А., 2024

© ФГБОУ ВО «ЛГПУ», 2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	5
Глава 1. Общие вопросы психопатологии и патопсихологии	9
1.1. Психопатология и патопсихология как наука, предмет, задачи, методологические основы психопатологии и патопсихологии.....	9
1.2. Принципы построения и методы патопсихологического обследования.....	18
Глава 2. Общая психопатология	32
2.1. Нарушения ощущений и восприятия.....	32
2.2. Нарушения памяти и внимания.....	39
2.3. Нарушения мышления.....	46
2.4. Нарушения интеллекта и умственной работоспособности.....	58
2.5. Нарушения эмоций.....	69
2.6. Нарушения эффекторно-волевой сферы.....	79
2.7. Нарушения сознания.....	89
Глава 3. Частная психопатология и патопсихология	97
3.1. Расстройства личности (психопатии).....	97
3.2. Невротические расстройства.....	110
3.3. Школьная дезадаптация.....	125
3.4. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью.....	133
3.5. Юношеские депрессии.....	137

3.6. Суицидальное поведение.....	152
3.7. Нервная анорексия.....	162
3.8. Расстройства аутистического спектра.....	165
3.9. Шизофрения.....	169
3.10. Эпилепсия.....	184
Вопросы к экзамену.....	195
Заключение.....	199
Список использованной литературы.....	200

ВВЕДЕНИЕ

Знание психопатологии и патопсихологии в практике специального психолога и логопеда позволяет выявлять и дифференцировать психопатологические симптомы, синдромы и нозологические единицы, корректировать содержание учебно-воспитательной работы с детьми, родителями, другими участниками учебно-воспитательного процесса в зависимости от наличия/отсутствия у них психических расстройств.

Психопатология – раздел психиатрии, занимающийся описанием признаков психического заболевания в динамике, в течении болезни, прослеживает особенности их возникновения и связь с другими, наблюдаемыми в клинике расстройствами.

Патопсихология – ветвь клинической психологии, изучающая закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме.

В патопсихологии используются специальные методы изучения психического человека. Патопсихологические методики позволяют произвести оценку психического состояния людей, выявлять психопатологическую симптоматику.

Умение осуществлять клиническую и патопсихологическую диагностику детей и взрослых относится к базовым компетенциям специалистов логопедов и специальных психологов.

Дисциплина «Психопатология и патопсихология» относится к обязательной части общенаучного (профессионального) блока дисциплин подготовки студентов по направлению подготовки 44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование.

Необходимыми условиями для освоения дисциплины являются знания: возрастной анатомии и физиологии, основ педиатрии и гигиены детей, неврологических основ логопедии, медико-биологических основ дефектологии, основ генетики, общей психологии; умения самостоятельно изучать и понимать специальную (отраслевую) научную литературу, связанную с проблемами специальной педагогики и психологии, анализировать педагогические проблемы, использовать различные методы для решения профессиональных задач; навыки организации

самостоятельной работы, самообразования, самосовершенствования, развития профессионального мышления, рефлексивных умений и творческих способностей, взаимодействия с различными субъектами педагогического процесса.

Целями освоения дисциплины являются: ознакомление студентов с основными феноменами нарушений высших психических функций; формирование представлений о методологии, теоретических основах, эмпирических задачах и методиках клинической и патопсихологической диагностики психических расстройств; теоретическая и практическая подготовка специалистов для работы с детьми и взрослыми, имеющими психопатологические особенности.

Задачи курса:

– формирование представлений об основных психопатологических и патопсихологических симптомах и синдромах;

– изучение различных видов нарушений перцептивной, мнестической деятельности, мышления, интеллекта, эмоций, эффекторно-волевой сферы, необходимых при формулировании патопсихологического диагноза;

– изучение методов и приёмов, используемых в патопсихологическом исследовании;

– усвоение принципов построения патопсихологического исследования и интерпретации данных, полученных в ходе его проведения;

– знакомство с современными взглядами на основные психические расстройства, их этиологию, проявления, прогноз, особенности их течения у детей и подростков;

– знакомство со специфическими детскими психическими расстройствами, актуальными вопросами детско-подростковой психопатологии;

– соединение профессиональных психологических знаний с медицинскими, в частности психиатрическими и неврологическими, основами специальной педагогики, что должно помочь будущим психологам распознать аномалии детского развития, возраст-специфичных психических нозологий, активно участвовать в разработке адекватных коррекционно-

педагогических программ, а также в проведении психотерапевтических мероприятий.

Студенты, завершившие изучение дисциплины «Психопатология и патопсихология», должны:

знать: симптомы и синдромы психических расстройств; патопсихологические методы выявления психических расстройств; современный взгляд на основные психические расстройства, их этиологию, проявление, течение, прогноз; особенности проявлений основных психических расстройств у детей и подростков, возраст-специфические психические расстройства; патопсихологические характеристики основных психических расстройств.

уметь: проводить патопсихологическую диагностику в рамках дифференциальной, феноменологической и скрининговой диагностики лиц с различными видами психических расстройств; выявлять в популяции лиц с психическими расстройствами.

владеть: основными патопсихологическими методиками, навыками анализа полученных результатов диагностики; навыками дифференциальной диагностики.

В пособии изложен теоретический материал к трем основным блокам курса.

Каждая глава пособия посвящена темам, которые изучаются в курсе.

Глава 1. Общие вопросы психопатологии и патопсихологии. В данной главе рассмотрены психопатология и патопсихология как наука, определены их предметы, задачи. Раскрыты методологические основы психопатологии и патопсихологии. Описаны принципы построения и методы патопсихологического обследования.

Глава 2. Общая психопатология. В данной главе описаны симптомы и синдромы нарушений психических функций: ощущений и восприятия; памяти, внимания, мышления, интеллекта, умственной работоспособности; эмоций, эффекторно-волевой сферы и сознания.

Глава 3. Частная психопатология и патопсихология. В данной главе описаны этиология, клинические признаки, варианты течения, прогноз основных психических нозологий: расстройств личности, невротических расстройств, нервной анорексии, шизофрении, эпилепсии. Описаны особенности проявления этих

заболеваний в детском и подростковом возрасте. Описаны такие специфически детские и подростковые расстройства, как школьная дезадаптация, расстройства аутистического спектра, юношеские депрессии. Отдельно выделена тема суицидальное поведение. Уделено внимание патопсихологической характеристики данных расстройств.

Теоретический материал, контрольные вопросы, вопросы к экзамену, представленные в данном издании, разработаны на основе учебного плана подготовки студентов по направлению подготовки 44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование, рабочей программы по учебной дисциплине «Психопатология и патопсихология» и в соответствии с требованиями образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки 44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование.

Учебное пособие содержит теоретический минимум сведений по изучаемой дисциплине, одновременно указывая направления и способы более глубокого освоения отдельных ее направлений студентом. В процессе обучения студенту следует подробнее знакомиться с рекомендованной литературой по каждой теме, уточнять непонятые вопросы и определения с помощью информационного поиска в сети Интернет.

ГЛАВА 1

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПСИХОПАТОЛОГИИ И ПАТОПСИХОЛОГИИ

1.1. Психопатология и патопсихология как наука, предмет, задачи, методологические основы психопатологии и патопсихологии.

Патопсихология (от греч. pathos – страдание, болезнь) – ветвь клинической психологии, изучающая закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме.

Психопатология – раздел психиатрии, занимающийся описанием признаков психического заболевания в динамике, в течении болезни, прослеживает особенности их возникновения и связь с другими, наблюдаемыми в клинике расстройствами.

А.В. Снежневский видел основное отличие психопатологии от патопсихологии в том, что первая оперирует понятиями медицинскими (этиология, патогенез, симптом, синдром) и использует общепатологические критерии (возникновение болезни, исход болезни).

Если патопсихология изучает психические расстройства методами психологии, то психопатология в основном прибегает к методу клинико-описательному.

Психопатология, как и всякая отрасль медицины, направлена на выяснение причин психической болезни, на исследование синдромов и симптомов, типичных для того или иного заболевания, закономерностей их появления и чередования, на анализ критериев прогноза болезни, на лечение и профилактику болезни (задачи психопатологии). Патопсихология как психологическая дисциплина исходит из закономерностей развития и структуры психики в норме. Она изучает закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме (задачи патопсихологии). Следовательно, при всей близости объектов исследования, психопатология и патопсихология отличны по своему предмету.

Знания патопсихологии являются важными для психологов любых специальностей и специализаций, так как профессиональное общение психолога с людьми не исключает встречу с психически больным человеком.

История развития патопсихологии

При крупных психиатрических клиниках в конце XIX в. начали организовываться психологические лаборатории Э. Крепелина в Германии (1879), П. Жане во Франции (1890). Экспериментально-психологические лаборатории были открыты и при психиатрических клиниках России – вторая в Европе лаборатория В.М. Бехтерева в Казани (1885), затем в Петербурге, лаборатории С.С. Корсакова в Москве (1886), В.Ф. Чижа в Юрьеве, И.А. Сикорского в Киеве, П.И. Ковалевского в Харькове. Ряд лабораторий был организован в США и Англии.

Патопсихология как самостоятельная отрасль психологической науки начала формироваться в начале XX в. В литературе тех лет она обозначается как «патологическая психология» (В.М. Бехтерев, 1907). Именно в работах В.М. Бехтерева содержались наиболее четкие представления о предмете и задачах патопсихологии на начальных этапах ее становления; «...изучение ненормальных проявлений психической сферы, поскольку они освещают задачи психологии нормальных лиц».

Для российской патопсихологии с самых ее истоков характерны прочные естественнонаучные традиции. На формирование ее принципов и методов большое влияние оказал И.М. Сеченов и его работа «Рефлексы головного мозга» (1863). Преемником И.М. Сеченова на этом пути стал В.М. Бехтерев, который и является основоположником патопсихологического направления в российской психологической науке. Представителями школы В.М. Бехтерева были разработаны многие методики экспериментально-психологического исследования душевнобольных, которые до настоящего времени широко используются патопсихологами, сформулированы основные принципы патопсихологического исследования.

На дальнейшее развитие патопсихологии большое влияние оказали идеи Л.С. Выготского о прижизненном формировании психики ребенка путем присвоения культурно-исторического

опыта в процессе общения, обучения и воспитания, а также теория динамической локализации высших психических функций в коре головного мозга, сформулированная А.Р. Лурия, теория деятельности А.Н. Леонтьева и теория отношений В.Н. Мясищева. Позднее С.Я. Рубинштейн, Б.В. Зейгарник, А.Р. Лурия доказали, что психическая болезнь протекает по биологическим закономерностям, которые не могут повторять закономерности развития и разные виды патологии приводят к качественно различным картинам распада.

Большую роль в развитии патопсихологических исследований в разные годы сыграли М.М. Кабанов, Ю.Ф. Поляков, В.В. Николаева, В.М. Коган, С.Я. Рубинштейн, В.В. Лебединский, И.А. Коробейников, А.Я. Иванова, А.С. Спиваковская.

Основные разделы работы патопсихолога определяются его участием в:

– решении задач дифференциальной диагностики. Патопсихологическое исследование в качестве источника дополнительных данных для уточнения нозологического диагноза может оказаться необходимым в диагностически сложных случаях, особенно при атипичных и бедных клиническими проявлениями вариантах заболеваний, в начальных стадиях и в периоде ремиссии;

– оценке структуры и степени нервно-психических расстройств, для квалификации состояния больного (при различных видах экспертизы и, особенно, при определении степени трудоспособности), при установлении функционального диагноза, при определении путей трудового приспособления и социального восстановления больного, при профориентации и при проведении психокоррекционных и лечебно-восстановительных мероприятий. Учет структуры и степени нервно-психических расстройств может также помочь врачу в оценке динамики развития и течения нервно-психических заболеваний и в контроле за эффективностью восстановительного лечения;

– выборе путей общеобразовательного и трудового обучения аномального ребенка или подростка, прогноз его обучаемости, установление рационального соотношения между собственно педагогическими и лечебно-приспособительными мерами компенсации выявившейся аномалии. Таким образом,

патопсихологическое исследование не только способствует лучшему пониманию характера аномалии развития, но и служит основой для разработки коррекционных рекомендаций, которыми предлагается пользоваться в работе с ребенком педагогам и родителям;

– исследовании личности, социальной среды и социальных позиций больного в целях получения данных для функционального диагноза. Получение данных для функционального диагноза, играющего существенную роль в практике врачебно-трудовой экспертизы и служащего основой работы по реабилитации больных, составляет отдельную группу диагностических задач, требующих деятельного участия патопсихолога и придающих психологическому обследованию специфическую направленность. Функциональный диагноз, представляющий синтез клинической и психологической оценки больного в реальных условиях жизни и деятельности, выражает динамическую характеристику состояния индивида и его взаимосвязи с социальной средой и отражает степень, способ и основные тенденции компенсации нервно-психических расстройств;

– оценке динамики нервно-психических нарушений и учет эффективности лечения;

– участии в экспертной работе. Психологическое обследование является важным элементом экспертиз (медико-педагогической, врачебно-трудовой, военно-врачебной и судебно-психиатрической и др.), в судебной практике может выступать в качестве самостоятельного вида доказательств. В зависимости от вида экспертизы и содержания поставленных перед экспертом вопросов психологическое обследование подчиняется тем или иным специальным задачам.

Для решения указанных задач патопсихолог с помощью психологических методов может уточнить выраженность и характер нарушений отдельных психических процессов и возможности компенсации этих нарушений с учетом психологических особенностей той или иной деятельности.

Методологический аппарат психопатологии и патопсихологии

Понятие «норма». Норма – это термин, в который может вкладываться два основных содержания.

Статистическое содержание нормы: это уровень или диапазон уровней функционирования организма или личности, который свойственен большинству людей и является типичным, наиболее часто встречающимся. **Статистическая норма** определяется посредством вычисления среднеарифметических значений некоторых эмпирических (встречающихся в жизненном опыте) данных. Например, большинство людей не боятся оказаться в замкнутом пространстве и вступают в гетеросексуальные контакты, следовательно, отсутствие такого страха и отсутствие гомосексуальных контактов – это статистически нормально.

Оценочное содержание нормы: нормой считается некоторый **идеальный образец** состояния человека. В этом аспекте норма выступает в качестве **идеальной нормы** – субъективного, произвольно устанавливаемого норматива, который принимается за совершенный образец по соглашению каких-либо лиц, обладающих правом установления таких образцов и имеющих власть над другими людьми: например, специалистов, лидеров группы или общества и т.п. В качестве норматива идеальная норма выступает средством упрощения и унификации многообразия форм жизнедеятельности организма и проявлений личности, в результате чего одни из них признаются удовлетворительными, тогда как другие оказываются за гранью допустимого, приемлемого уровня функционирования.

В число норм-нормативов включаются не только идеальные нормы, но также **функциональные нормы, социальные нормы и индивидуальные нормы.**

Функциональные нормы оценивают состояния человека с точки зрения их последствий (вредно или не вредно) либо возможности достижения определенной цели (способствует или не способствует это состояние реализации связанных с целью задач).

Социальные нормы контролируют поведение человека, заставляя его соответствовать некоторому желаемому (предписываемому со стороны окружения) или установленному властью образцу.

Индивидуальная норма предполагает сравнение состояния человека не с другими людьми, а с состоянием, в котором человек обычно пребывал раньше и которое соответствует его личным (а не предписываемым обществом) целевым установкам, жизненным

ценностям, возможностям и обстоятельствам жизни. Другими словами, индивидуальная норма есть идеальное с точки зрения индивида, а не доминирующей социальной группы или ближайшего окружения состояние, учитывающее работоспособность и возможности самореализации конкретного человека.

Для оценки нормальности (соответствия норме) психологического состояния личности, в зависимости от цели, психологом или психиатром могут применяться любые из перечисленных норм.

Понятие «патология». Любое отклонение от установленной нормы может характеризоваться как **патология**. В медицинском лексиконе под патологией обычно подразумевается нарушение на биологическом уровне функционирования организма. Однако в клинической психологии в содержание понятия «патология» также включаются и такие отклонения от нормы, в которых нет никаких биологических компонентов (отсюда вполне возможно и правомерно употребление терминов *«патологическая личность»* или *«патологическое развитие личности»*). Употребление слова **«патология»** акцентирует внимание на том, что нормальное состояние, функционирование или развитие личности изменяется вследствие морфофункциональных нарушений (т.е. на уровне мозговых, психофизиологических, эндокринных и иных биологических механизмов регуляции поведения).

В отношении биологической нормы можно установить более или менее четкие объективные границы допустимого разброса уровней функционирования человека, при котором организму не угрожает гибель от структурных и функциональных изменений.

В отношении же определения психической нормы никаких четких объективных границ установить нельзя, поскольку здесь доминирует произвольный оценочный, нормативный подход. Установление пределов, характеризующих норму, оказывается тесно связано с теоретическими представлениями о природе личности, в которых моделируется некоторое идеальное представление о человеке как социальном существе.

Особенности употребления понятия «патология»

1. Оригинальное значение древнегреческого слова *patos*, от которого и происходит термин **«патология»**, – это страдание.

Следовательно, под патологией можно понимать только такие отклонения от нормы, при которых человек чувствует эмоциональный дискомфорт. Однако в области психических, личностных и поведенческих отклонений от нормы у человека зачастую не возникает никакого субъективного дискомфорта и чувства страдания.

2. Употребление слова **«патология»** также предполагает наличие одной ведущей причины отклонения от нормы. Однако у одного и того же психического состояния может быть не одна, а несколько порой противоположных причин не только биологического, но и социального происхождения. Например, депрессии могут быть обусловлены нейрохимическими нарушениями, нейрогормональными изменениями, могут также вызываться жизненной ситуацией (не только текущими условиями жизни, но и культурными, эпохальными, политическими и т.д.), а также мотивационно обусловленными особенностями когнитивной переработки информации (интерпретации событий).

3. В термине «патология» очень сильно выражен оценочный компонент, позволяющий навешивать на любого человека, не соответствующего доминирующим идеальным или статистическим нормам, ярлык «больного».

По причине трех перечисленных особенностей употребления слова **«патология»** (обязательное наличие у отклоняющегося от нормы человека страдания, плохого самочувствия; предположение о действии одной ведущей причины нарушения; выраженный оценочный компонент) многие ученые выступают за его исключение из лексикона психиатров и клинических психологов, предлагая взамен использование термина **«расстройство»**, ограничив применение слова «патология» только биологическим уровнем нарушений.

Понятие «расстройство». *Расстройство* означает отсутствие или нарушение существовавшего ранее обычного для человека состояния. Употребление термина «расстройство» не предполагает обязательного наличия для того или иного отклонения от нормы однозначных причинно-следственных связей его возникновения. Расстройства могут вызываться взаимодействием ряда факторов биологического, психологического и социального уровня, причем в каждом конкретном случае тот или

иной фактор может оказаться ведущим в начале, развитии или исходе нарушения. Поэтому использование в клинической психологии слова «расстройство» кажется сегодня более предпочтительным.

Определение психического расстройства опирается на три базовых критерия:

1) отдельные типы реакций, превышающие статистически выявленную частоту их возникновения у большинства людей в определенной ситуации в некоторый промежуток времени (например, если пять из девяти признаков депрессии наблюдаются у человека на протяжении двух недель и более, то только такое состояние признается расстройством);

2) состояния, мешающие человеку адекватно реализовывать поставленные им перед собой цели и поэтому наносящие ему ущерб (так называемые «дисфункциональные состояния»);

3) типы поведения, от которых страдает и получает физический ущерб сам индивид или приносящие страдание и физический ущерб окружающим его людям.

На социальном уровне функционирования человека норма и патология (расстройство) выступают в качестве состояний **здоровья и болезни**.

Понятие «здоровье». В науке существует два подхода к определению состояния здоровья: **негативный и позитивный**.

Негативное определение здоровья рассматривает последнее как простое отсутствие патологии и соответствие норме. Здесь норма рассматривается как синоним здоровья, а патология – болезни. Однако понятия нормы и патологии более широкие, чем понятия здоровья и болезни. Норма и патология всегда континуальны: они охватывают целое множество взаимопереходящих состояний. Здоровье и болезнь выступают как дискретные, четко очерченные в своих границах состояния. Они связаны не с объективно регистрируемым отклонением от нормы, а с субъективным состоянием хорошего или плохого самочувствия, оказывающего влияние на выполнение нами повседневных функций в деятельности, общении и поведении.

Характеристика общего самочувствия оказывается центральным звеном разграничения здоровья и болезни. Здоровый человек – это тот, кто благополучно себя чувствует и поэтому

может выполнять повседневные социальные функции. Больной человек – это тот, кто имеет плохое самочувствие и поэтому не может выполнять повседневные социальные функции. При этом действительное наличие или отсутствие различных отклонений от нормы на биологическом уровне существования зачастую не является определяющим для отнесения себя к здоровым или больным. Например, люди, употребившие алкоголь на вечеринке, имеют отклонения от «нормальных» параметров психического функционирования (находясь в так называемом «измененном состоянии сознания»), однако, они не являются больными до тех пор, пока у них не нарушается выполнение социальных функций.

Позитивное определение здоровья не сводит последнее к простому отсутствию болезни, а пытается раскрыть его автономное от болезни содержание.

Общее определение здоровья, предложенное Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), включает такое состояние человека, при котором:

- 1) сохранены структурные и функциональные характеристики организма;
- 2) имеется высокая приспособляемость к изменениям в привычной природной и социальной среде;
- 3) сохраняется эмоциональное и социальное благополучие.

Критерии психического здоровья по определению ВОЗ:

- 1) осознание и чувство непрерывности, постоянства своего «Я»;
- 2) чувство постоянства переживаний в однотипных ситуациях;
- 3) критичность к себе и к результатам своей деятельности;
- 4) соответствие психических реакций силе и частоте средовых воздействий;
- 5) способность управления своим поведением в соответствии с общепринятыми нормами;
- 6) способность планировать свою жизнь и реализовывать свои планы;
- 7) способность изменять поведение в зависимости от жизненных ситуаций и обстоятельств.

Таким образом, здоровье вообще и психическое здоровье в частности представляют собой динамическое сочетание различных

показателей, тогда как болезнь, напротив, можно определить, как сужение, исчезновение или нарушение критериев здоровья, т.е. как особый случай здоровья.

Вопросы для самоконтроля

1. Раскройте понятия «патопсихология» и «психопатология».
2. Раскройте задачи патопсихологии и психопатологии.
3. Расскажите историю развития патопсихологии и психопатологии.
4. Какие разделы работы патопсихолога вы знаете?
5. Дайте определение нормы в патопсихологии.
6. Дайте определение понятия здоровья, определение понятия психического здоровья.
7. Дайте определение понятий патологии, расстройства и болезни.

1.2. Принципы построения и методы патопсихологического обследования

Патопсихологический симптом – это единичное нарушение, которое проявляется в различных сферах: поведении, эмоциональном реагировании, познавательной деятельности больного.

Патопсихологический синдром – совокупность симптомов, признаков психических расстройств, которые внутренне взаимосвязаны и взаимообусловлены (имеют единую причину и общий механизм развития).

По сравнению с симптомами синдрома обладают большей диагностической значимостью, правильная классификация синдромов позволяет врачу в точности постановки диагноза (нозологической принадлежности заболевания). Патопсихолог строит свое исследование таким образом, чтобы раскрыть и проанализировать основные компоненты психики, ее звенья, факторы, которые влияющие на ее развитие и аномалии.

Для выделения патопсихологического синдрома необходимо структурировать и интерпретировать собранные при исследовании данные.

Б.В. Зейгарник в качестве патопсихологических примеров выделяет нарушения мышления, которые характеризуются специфической структурой. В классификации Б.В. Зейгарник можно выделить как более обобщенные группы: нарушение операциональной сферы, личностного компонента мышления, так и более узкие группы, например, инертность мышления, которые являются частным случаем первых. При этом нельзя установить правила, которые позволяли бы выделять более «узкие» и «широкие» синдромы.

Поэтому лучше выделять более «широкие» синдромы, опирающиеся на более сложные, полифакторные, нарушения психической деятельности. Первая классификация обобщенных патопсихологических синдромов принадлежит И.А. Кудрявцеву (1982 г.). Она разработана на результатах исследований, которые проводились в судебно-психиатрической практике, он выделил следующие патопсихологические симптомокомплексы (синдромы): шизофренический или диссоциативный, органический, олигофренический, психопатический и симптомокомплекс психогенной дезорганизации, характерный для реактивных психозов. Каждый из этих синдромов включает совокупность симптомов.

Например, для шизофренического симптомокомплекса наиболее патогномичными (специфическими) являются следующие симптомы: распад мыслительных процессов, диссоциация личностно-мотивационной и операционной сфер мышления, что может проявляться в нецеленаправленности мыслительной деятельности, резонерстве, схематизме, символике, искажении процесса обобщения, разноплановости при выделении ведущих признаков, в актуализации слабых (латентных) признаков предметов и явлений и т.д. Однако И.А. Кудрявцев отмечал, что не все эти симптомы обязательно определяются в симптомокомплексе в обязательном порядке и с обязательной степенью выраженности. Необходимо найти «ядро» патопсихологического синдрома. Так при шизофреническом синдроме – это нарушения избирательности информации, при органическом – снижение интеллектуальных процессов и умственной работоспособности, при психопатическом синдроме – аффективная обусловленность поведения с частичной некритичностью и высоким уровнем притязаний, при

психогенном – реактивная дезорганизация умственной деятельности. С помощью классификации И.А. Кудрявцева можно разделить заболевания (синдромы) с точки зрения диагностической и прогностической оценок. Например, наиболее информативны диагностически и нозологически – органический и шизофренический симптомокомплексы, наименее – психопатический. Наибольшая тенденция к изменениям и обратимости характерна для симптомокомплекса психогенной дезорганизации умственной деятельности, а наименьшая присуща шизофреническому симптомокомплексу.

Патопсихолог в своих диагностических заключениях может оперировать следующим набором синдромов.

- шизофренический синдром;
- аффективно-эндогенный синдром (в клинике ему соответствует биполярное аффективное расстройство и функциональные аффективные психозы позднего возраста);
- олигофренический синдром;
- экзогенно-органический синдром (экзогенно-органические поражения головного мозга – последствия ЧМТ, церебральный атеросклероз, психоактивные вещества и т.д.);
- эндогенно-органический синдром (первичные атрофические процессы в головном мозге, истинная эпилепсия);
- личностно-аномальный синдром (расстройства личности, акцентуации, обусловленные аномальной основой психогенные реакции);
- психогенно-психотический синдром (в клинике ему соответствуют реактивные психозы);
- психогенно-невротический синдром (невротические реакции и неврозы).

Шизофренический симптомокомплекс складывается из таких личностно-мотивационных расстройств как: изменение структуры и иерархии мотивов, расстройства мыслительной деятельности, нарушающего целенаправленность мышления и смыслообразование (резонерство, соскальзывание, разноплановость, патологический полисемантизм) при сохранности операционной стороны, эмоциональные расстройства (упрощение, диссоциация эмоциональных проявлений, знаковая

парадоксальность), изменение самооценки и самосознания (аутизм, сенситивность, отчужденность и повышенная рефлексия).

В психопатический (личностно-аномальный) симптомокомплекс входит: эмоционально-волевые расстройства, нарушения структуры и иерархии мотивов, неадекватность самооценки и уровня притязаний, нарушение мышления в виде «относительного аффективного слабоумия», нарушение прогнозирования и опоры на прошлый опыт.

Органический (экзо- и эндогенный) симптомокомплекс характеризуется такими признаками, как: общее снижение интеллекта, распад имевшихся сведений и знаний, мнестические расстройства, затрагивающие как долговременную, так и оперативную память, нарушения внимания и умственной работоспособности, нарушение операционной стороны и целенаправленности мышления, изменение эмоциональной сферы с аффективной лабильностью, нарушение критических способностей и самоконтроля.

В олигофренический симптомокомплекс входят такие проявления, как: неспособность к обучению и формированию понятий, дефицит интеллекта, дефицит общих сведений и знаний, примитивность и конкретность мышления, неспособность к абстрагированию, повышенная внушаемость, эмоциональные расстройства.

Специфичность патопсихологических синдромов увеличивается в каждой конкретной задаче, поставленной перед патопсихологом. Например, разграничение между эндогенно- и экзогенно-органическими синдромами очень важно в дифференциальной диагностике эпилепсии (истинной и структурной). Патопсихологические синдромы обозначают границу диагностически-информативных рекомендаций, которые заключаются в проведенном патопсихологом исследовании.

Особенности и задачи патопсихологического исследования

Патопсихологический эксперимент представляет собой тип психологического эксперимента, заключающийся в искусственном создании условий, выявляющих патологические особенности психической деятельности человека. Для него характерен учет

психических процессов в строго определенных условиях и возможность заранее планируемых изменений.

Б.В. Зейгарник приравнивает патопсихологический эксперимент к широко используемым в соматической медицине функциональным пробам, с помощью которых врачи обычно определяют состояние функций отдельных органов и систем. Роль специфической «нагрузки» принадлежит экспериментальным заданиям, выполнение которых требует актуализации умственных операций. Таким образом, психическая деятельность больного исследуется в связи с ситуацией эксперимента.

Основное отличие от экспериментально-психологического исследования психически здоровых заключается в технике проведения эксперимента, его продолжительности, необходимости учета отношения обследуемого к ситуации эксперимента. В ряде случаев, учитывая особенности поведения больного, экспериментатор может существенно изменять свою тактику, вводить дополнительные методики.

В качестве основного принципа любого психологического эксперимента указывается необходимость проверки наличия связи между независимой переменной (фактор, изменяемый экспериментатором) и зависимой переменной. При этом возможны: спровоцированный классический эксперимент, при котором экспериментатор воздействует на независимую переменную и фиксирует полученные результаты, и эксперимент, при котором изменения происходят вне связи с деятельностью экспериментатора (например, наблюдение за нарушениями психической деятельности при повреждении мозга или психических заболеваниях). Этот вид эксперимента позволяет наблюдать серьезные, а иногда и необратимые изменения независимой переменной.

В большинстве случаев – это одновременно спровоцированный эксперимент и эксперимент, на который ссылаются. Наличие того и другого элементов объясняет сложную взаимосвязь множества факторов, которые должен учитывать патопсихолог при обобщении материалов исследования. С.Я. Рубинштейн видит три способа видоизменения условий, влияющих на психическое состояние обследуемого и

уменьшающих либо увеличивающих присущие больному психологические изменения:

- изменение ситуации, в которую на время опыта помещается больной;

- наиболее часто применяемый – варьирование деятельности больного;

- изменение состояния психических процессов у больного достигается введением определенных фармакологических препаратов.

Патопсихолог должен учитывать отношение обследуемого к ситуации исследования при планировании и проведении его с учетом определенной цели опыта, экспериментальных заданий и постоянно сопоставлять с ними получаемые при работе результаты. В зависимости от цели исследования, мотивы которыми руководствуются психолог и пациент, далеко не всегда совпадают особенно при психологической экспертизе.

Одним из основных принципов патопсихологического эксперимента является системный качественный анализ исследуемых нарушений психической деятельности. Этот принцип обусловлен теоретическими положениями общей психологии. Он направлен на качественный анализ различных форм распада психики, на раскрытие механизмов нарушенной деятельности и на возможности ее восстановления. Если речь идет о нарушении познавательных процессов, то экспериментальные приемы должны показать, как распадаются мыслительные операции больного, сформированные в процессе его жизнедеятельности, в какой форме искажается возможность пользования системой старых, образовавшихся в прежнем опыте связей. Исходя из того, что всякий психический процесс обладает известной динамикой и направленностью, следует так построить экспериментальные исследования, чтобы они отражали сохранность или нарушение этих параметров. Результаты эксперимента должны дать не столько количественную, сколько качественную характеристику распада психики.

Цели и задачи патопсихологического исследования

Содержание исследования патопсихолога определяются целью (задачами), которую ставит перед ним врач (клиент, его родственники). Основные задачи:

– помощь в дифференциальной диагностике, т.е. в сложных случаях с целью получения дополнительных данных о состоянии психики пациента;

– проведение экспертизы (судебной, трудовой и военной);

– выявление динамики психики при различных видах лечения (медикаментозном, терапии, комплексном и т.д.);

– помощь в выборе профессиональной деятельности для реабилитации больных, их трудоспособности;

– оценка и анализ интеллекта, с целью подбора учебных заведений, улучшения адаптации, развития и профилактики больных детей и подростков;

– психологический анализ нарушений психики при различных заболеваниях, его структура и особенности (стрессов, интоксикаций и т.д.).

Также возникают задачи, связанные с ближайшим окружением больного (друзья, родственники, коллеги). Например, психокоррекция отношений, диагностика семейных отношений, участие родных в «поддержке неадаптивных форм поведения» больного и т.д.

Перед началом обследования патопсихолог проводит сбор биографических данных, которые помогают ему уточнить поставленную задачу и определиться с предварительным планом обследования (подобрать методы, которые соответствуют поставленной задаче, а также подходят для испытуемого).

При выборе методик для обследования необходимо учесть возраст, особенности заболевания, культуральные особенности, образование, семейное положение. Порядок проведения методик может изменяться психологом в зависимости от хода исследования.

Методики исследования разделяют на стандартизированные (тесты, стандартные наборы заданий, с которыми работает обследуемый) и не стандартизированные (проективные методы). Основными в работе патопсихолога являются не стандартизированные методики, которые уточняются и дополняются стандартизированными. При использовании методик, также необходимо обращать внимание на их валидность и надежность. Преимуществом тестов – объективность, возможность соотнесения с нормативными данными, полученными как в норме,

так и для различных нозологических групп, что дает видеть, как отклоняющиеся моменты, так и сохранные стороны психики.

Проективные методы основаны на мысли о том, что в речи человека, продуктах его творчества, желаниях и т.д. проявляются скрытые переживания и конфликты.

Акцент ставится на качественную интерпретацию количественных результатов, соотнесение с наблюдаемым поведением, эмоциями во время проведения исследования. Выдвижение гипотез, и их дальнейшая проверка.

Также необходимо учесть внешние и внутренние условия, которые могут повлиять на результат и ход исследования (время суток, шум, прием лекарственных препаратов и т.д.), и постараться оценить смогут ли они повлиять на исследование и насколько сильно.

Если интенсивность вышеперечисленных влияний невелика, можно упомянуть об этом при описании результатов. При сильном влиянии рекомендуется отложить исследование.

Перед началом тестирования необходимо установить контакт, который влияет на ход обследования, собрать психологический анамнез.

Метод беседы. В психологическом исследовании метод беседы есть вид опроса, целью которого является получение необходимой для патопсихолога информации посредством диалогового общения с испытуемым. В патопсихологическом исследовании метод беседы имеет свою специфику, так как объектом исследования является человек с психическим расстройством. Успех проведения беседы во многом зависит от уровня компетентности исследователя. Патопсихолог выбирает стратегию беседы в соответствии с целью и задачами исследования, а потому он должен заранее подготовить план беседы, продумать и точно сформулировать вопросы, учитывая особенности восприятия и мышления больного. В беседе нужно стремиться использовать открытые вопросы, которые предполагают развернутый ответ испытуемого, необходимо избегать сложных терминов.

По мнению ряда авторов (Б.В. Зейгарник, Б.Д. Карвасарский, И.Ю. Левченко и др.), патопсихологическая беседа выполняет две основные функции: диагностическую и терапевтически-

коррекционную. Эти функции хорошо прослеживаются на различных этапах эксперимента. Б.В. Зейгарник выделяет 2 части беседы:

Первая часть – это беседа до начала эксперимента. Она направлена на взаимодействие с больным, установление с ним контакта. В предварительной беседе психолог узнает отношение больного к эксперименту и при необходимости корректирует его установки посредством подбадривающих фраз, настраивает на успешное выполнение экспериментальных заданий. Также важно, чтобы позиция психолога в диалоге воспринималась испытуемым не как доминирующая или зависимая, а как позиция сотрудничества, искренней заинтересованности в его благополучии.

Вторая часть беседы – это беседа во время эксперимента. Это общение может носить как вербальный, так и невербальный характер. Перед выполнением заданий психолог объясняет испытуемому инструкцию, уточняет, насколько хорошо он её понял. В процессе эксперимента психолог интересуется принципами, которыми руководствуется пациент при выборе способа решения задачи, стимулирует его деятельность, корректирует позицию в отношении самооценки, оказывает испытуемому помощь в выполнении заданий словами (указывает, подсказывает, хвалит или делает замечания), мимикой или жестами (улыбается, хмурится).

Таким образом, посредством беседы клинический психолог не только влияет на установки пациента, снимает напряжение в течение эксперимента и получает дополнительные диагностические данные, но и осуществляет коррекционную деятельность посредством эмоциональной поддержки, различных подсказок и некоторой помощи при выполнении заданий.

Разнообразные виды такой помощи описаны в работах С.Я. Рубинштейн:

– простое переспрашивание, т.е. просьба повторить то или иное слово, поскольку это привлекает внимание к сказанному или сделанному;

– одобрение или стимуляция дальнейших действий, например, «хорошо», «молодец»;

– вопросы о том, почему испытуемый совершил то или иное

действие;

- наводящие вопросы или критические возражения экспериментатора;

- подсказка, совет действовать тем или иным способом;

- демонстрация действия и просьба самостоятельно повторить это действие;

- обучение тому, как надо выполнять задание.

Все реакции испытуемого на помощь, похвалу, критику, на невербальные формы общения (мимику, жесты) должны быть отражены в протоколе. Полученные данные необходимо сопоставлять с данными истории болезни и результатами наблюдения, что позволит получить целостное представление о структуре дефекта.

Вопросы, необходимые при сборе психологического анамнеза

Семейный анамнез

- сколько лет было родителям на момент рождения

- кто родители по образованию

- братья, сестры, разница в возрасте

- родители в браке или нет

- отношения с мамой и папой

- какие родители по характеру

- участвовали ли в воспитании бабушки и дедушки

- бытовые условия, материальное благополучие

Акушерский анамнез

- какие были роды

Внесемейные влияния

- ходил ли в детский сад, были ли сложности с адаптацией, с воспитателями, детьми

- школа, в каком возрасте пошел и как адаптировался в 1 классе (отношения с одноклассниками и учителями)

- как учился, какие предметы давались лучше, какие хуже, отношение к оценкам

- старшие классы 9-11 и 5 класс (межличностные отношения, формирование групп, к какой относился)

- кружки, дополнительные занятия

Выбор профессии и профессиональный выбор

- продолжил ли учиться, как выбрал профессию

– учился, доучился или нет

– как выбирал работу

Нагрузочные ситуации

– что воспринимает как особо трудное

– переезд, развод, смерть и т.д.

Перенесенные в прошлом болезни и реакции на них

Вредные привычки

– курите? Курили?

– алкоголь, ваше отношение к алкоголю

– если много, то сколько, в каких дозах и как часто

– наркотики (я должен узнать какие у вас отношения к наркотикам)

Сексуальная сфера

– отношения с противоположным полом

– когда завязались серьезные отношения и был ли интим

– приятные или неприятные отношения, до настоящего момента отношения?

– по каким причинам вступил в брак?

– конфликты, трудности, измены, разводы

– дети, запланированные или нет

– есть ли сейчас сложности?

ЕСТЬ ли что-то такое, что я у вас не спросил(а), что было бы важно знать?

Необходимо также отметить особенности внешнего вида больного, интенсивность эмоциональных реакций, что желательно делать незаметно для обследуемого.

После сбора психологического анамнеза начинается «вторая часть» беседы с больным, которая совершается во время эксперимента. Перед началом работы является важным настроить больного на работу, выполнение заданий.

Каждую методику, необходимо начинать с предъявления инструкции, которая должна быть четкой, понятно и определенной формы. При непонимании либо неправильном понимании инструкции, результаты исследования могут быть искажены. Возможны варианты пояснения инструкции на примерах.

Важно отмечать, как в ходе исследования больной принимает помощь (советы о том какой способ следует применить и т.д.), реагирует на критические замечания, возражения, похвалу

(«хорошо», «дальше», является ли это для него дальнейшей стимуляцией или нет), обучение, как необходимо выполнять задание. Для каждой патопсихологической методики дается описание, какие виды помощи целесообразны, а какой из них применить в данном случае, выбирает патопсихолог, что является тяжелой задачей и приходит с опытом работы. Все виды помощи следует отражать в протоколах, помощь не должна быть слишком активна и обычно начинают с простых видов помощи по пути усложнения. Если испытуемый переоценивает свои результаты деятельности, стоит ему это показать (можно при помощи наводящих вопросов, либо используя мимику, замечания и т.д.)

Протоколировать необходимо все моменты в проведении исследования, реакции на определенные задания, темы, вопросы. Наличие установочных форм поведения:

– аггравация (от лат. *aggravatio* отягощение, утяжеление) – преувеличение обследуемым имеющихся симптомов, состояний, их интенсивности. Например, при истерии с целью привлечения к себе внимания;

– симуляция (*simulation* притворство) – придумывание не существующих жалоб, симптомов, имитация болезни. Например, при военной экспертизе для определения пригодности службы в армии;

– диссимуляция (от лат. *dissimulatio* сокрытие) – сознательное преуменьшение имеющейся симптоматики. Например, при страхе попасть в больницу или при желании быстрее выйти из нее.

Желательно создать непринужденную обстановку во время обследования, что поможет вызвать интерес к обследованию. По результатам проведения обследования патопсихолог пишет заключение, которое зависит от поставленных задач.

Примерный план патопсихологического заключения

- 1) Ф.И.О, возраст испытуемого, дата обследования;
- 2) цель обследования и использованные методики;
- 3) жалобы испытуемого (на состояние внимания, памяти, мышления, утомляемости и т.д.);
- 4) подробный анамнез;
- 5) поведение во время исследования (восприятие инструкций, отношение к выполнению заданий, эмоциональное состояние, речь,

мика, контакт (формальный, затрудненный и т.д.), реакции на помощь, критику;

б) отношение к исследованию, сформированность мотива экспертизы, наличие или отсутствие установочных форм поведения.

Все вышеперечисленные данные могут быть описаны как подробно, так и кратко, они дают возможность судить о личности больного. Эту часть можно дополнить результатами проективных методик или клинического интервью (специально организованной беседы).

Следующая часть заключения содержит сведения о познавательной деятельности больного и эмоционально-личностной сфере, где важно не только обнаружить, а также учесть измененные, и сохранные стороны психической деятельности. Необходимо описывать результаты в виде тезисов, которые обязательно аргументируются примерами, полученными в ходе исследования. Необходимо сопоставление с нормативными данными полученных особенностей психических процессов испытуемого. Иллюстрацию примерами из протоколов обследования необходимо приводить в краткой формулировке и выбирать наиболее яркие примеры, которые отражают основные отклонения или сохранность психики пациента. При избыточном количестве примеров, также при их громоздкой формулировке, можно ввести в заблуждение врача и сделать заключение расплывчатым («неясным»).

В конце делается резюме, которое отражает наиболее важные данные, полученные при исследовании, которые отражают структуру основного психологического синдрома, выявившегося при исследовании. Только то, что приведено в заключении, коротко и главное.

Заключение – это наше независимое мнение и не важно, что в истории болезни отражает врач.

Вопросы для самоконтроля

1. Раскройте понятие патопсихологического симптома и синдрома.
2. Раскройте классификацию психопатологических

синдромов.

3. Раскройте принципы патопсихологического обследования.

4. Раскройте содержание и этапы беседы патопсихолога с исследуемым.

5. Перечислите и раскройте формы установочного поведения.

6. Перечислите вопросы для выяснения анамнеза.

7. Составьте примерный план патопсихологического заключения.

ГЛАВА 2 ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

2.1. Нарушения ощущений и восприятий

Начальным этапом познавательной деятельности человека, чувственным познанием окружающей действительности являются ощущения и восприятие.

Ощущение – первичный психический акт, психический процесс отражения в сознании человека отдельных свойств, качеств предметов или явлений при непосредственном их воздействии на органы чувств.

Отражение внешнего мира не ограничивается ощущениями, а проявляются в более сложном процессе – процессе восприятия.

Восприятие – психический процесс отражения в сознании человека предметов или явлений в совокупности их свойств при непосредственном воздействии их на органы чувств. Это не механическое объединение всех ощущений, а синтез комплекса наличных ощущений и представлений.

Представление – след бывшего ощущения или бывшего восприятия. Это образные воспоминания, мыслительный (субъективный) образ действительности, возникающий в сознании человека в отсутствие соответствующего предмета или явления, который действовал на органы чувств ранее.

Значение представлений особенно велико в детском и подростковом возрасте. Представления – главный компонент детского воображения, основа творчества, детских фантазий. От 3 до 7 лет у детей чрезвычайная яркость и образность зрительных представлений, поэтому ребенок с трудом отличает образы представлений от образов непосредственного восприятия. Такую способность воспроизводить яркие представления называют **эйдети́змом**.

Эйдетизм – явление физиологическое. Он свойственен художникам (зрительный), музыкантам (слуховой).

Воображение – создание новых образов на основе имеющихся представлений. Оно является чувственной (образной) основой абстрактного (понятийного) мышления. В акте воображения формируются не только новые образы, но позднее, у

подростков, и новые идеи.

Классификация нарушений ощущений и восприятия

Нарушения ощущений:

I. Количественные нарушения ощущений:

- анестезия;
- гипестезия;
- гиперестезия.

II. Качественные нарушения ощущений:

- парестезии;
- синестезии;
- сенестопатии.

III. Психосенсорные расстройства

1. Зрительные психосенсорные расстройства:

- микропсии;
- макропсии;
- дисморфопсии.

2. Интеро- и проприоцептивные расстройства: нарушение

схемы тела.

Нарушение восприятия:

I. Иллюзии:

1. По анализаторам:

- зрительные;
- слуховые;
- обонятельные;
- вкусовые;
- тактильные;
- общего чувства (висцеральные и проприоцептивные).

2. По механизму возникновения:

- физические;
- физиологические;
- психические (аффективные, вербальные, парейдолические)

II. Галлюцинации:

1. По анализаторам:

- зрительные;
- слуховые;
- обонятельные;
- вкусовые.

2. По сложности:

- простые (фотопсии – зрительные, акоазмы – слуховые);
- сложные (имеющие содержание).

3. По полноте развития:

- полные;
- неполные.

4. По отношению к личности больного:

- нейтральные;
- комментирующие;
- императивные.

6. По сенсорному полю:

- истинные;
- псевдогаллюцинации;
- экстракампинные.

Гипестезия – снижение субъективной яркости и интенсивности ощущений и восприятий, проявляющееся в утрате ими чувственной живости, яркости, конкретности, вплоть до возникновения чувства их чуждости (входит в структуру синдрома деперсонализации и дереализации).

Анестезия – выключение ощущений и восприятий за счет нарушений по ходу проекционной системы или поражения коркового ядра анализатора (оптическая, слуховая, тактильная и другие анестезии) – органическая. При истерии наблюдаются функциональные анестезии.

Гиперестезия – обострение, усиление ощущений ранее нейтральных раздражителей, сопровождается выраженной эмоциональной окраской. Раздражитель воспринимается чрезмерно ярким или громким. Обычный свет слепит, звук голоса оглушает, прикосновение ощущается как тягостное.

Синестезии – обострение восприимчивости раздражителей с иррадиацией ощущений и восприятий на другой анализатор, в результате чего они приобретают несвойственную им окраску, характер двойственного ощущения. Так, звуковой раздражитель вызывает зрительные ощущения, например, цвет (цветная музыка); обонятельный – зрительные, цветные (розы пахнут синим); звуковой раздражитель вызывает болевые ощущения.

Сенестопатии – разнообразные, крайне неприятные, тягостные и необычные ощущения, исходящие из отдельных внутренних органов и различных областей тела, и не имеющие

причин для их возникновения в данном органе. Это неопределенные ощущения в виде жжения, набухания, распираания, переливания, перекручивания, боли в различных частях тела или в органах, в которых нет патологического процесса (воспаления, дегенерации и пр.).

Метаморфопсии (зрительные психосенсорные расстройства) – искаженное восприятие реально существующих предметов с сохранением понимания их значения и сущности, а также критического отношения больного к ним (дисморфопсии – искажение формы предметов, макрופсии – увеличение предметов, микропсии – уменьшение их размеров). Нарушаются пространственные отношения, изменяется чувство времени, оценка расстояния и пр. Психосенсорные интеро- и проприорецептивные расстройства – искажается или нарушается восприятие телесного «я», проявляются в чувстве изменения пропорций и размеров тела, его частей. Примеры: «голова огромная», руки чрезмерно длинные, зубы шатаются.

Иллюзии – искаженное восприятие реально существующего предмета.

В зависимости от расстройства деятельности того или другого анализатора выделяют слуховые (искаженное восприятие смысла реальной речи, слышание голосов в шуме и т.п.), зрительные и другие иллюзии. Например, в шуме ветра больной слышит голоса: «мы тебя убьем». Вместо кактуса на подоконнике мальчик видит дикобраза.

По механизму возникновения иллюзии подразделяются на:

Физические – возникают в результате особенностей физических свойств предметов и веществ (преломление предметов на границе двух сред, миражи).

Физиологические – связаны с физиологическими особенностями функционирования анализатора (например, ощущение движения после остановки поезда; горизонт, где земля сходится с небом, параллельные линии вдали воспринимаются сходящимися и т.д.) Они связаны с несовершенством органов чувств.

Психические иллюзии связаны с изменением психической деятельности. К ним относят аффективные и парейдолические.

Сильные эмоции, страх, ожидание, напряжение рожают

аффективные иллюзии. Возникновению иллюзий способствуют затрудненные условия восприятия (плохая освещенность, слышимость).

Парейдолические иллюзии возникают в связи при нарушении сознания. При парейдолических иллюзиях больной в рисунках обоев, тенях от предметов видит причудливые, фантастические чудовища, страшные изображения. Прочитанное, виденное ранее приобретает чрезмерную силу и накладывается на несоответствующий по содержанию реальный образ. Например: в стихотворении Гёте «Лесной упырь» больному мальчику, в лихорадочном состоянии окружающий лес, небо воспринимались устрашающими, ветви деревьев виделись протянутыми лапами лесного упыря.

Галлюцинации – мнимое восприятие без реального раздражителя (образа, явления).

Зрительные галлюцинации – мнимое восприятие зрительных образов без реального раздражителя (образа, явления). Например, больной утверждает, что он видит змей, ползающих под кроватью.

Слуховые галлюцинации – больной слышит оклики, разговоры, музыку, пение и т.д., которых в это время нет.

Выделяют **вербальные галлюцинации** в виде человеческой речи.

Они могут быть **по отношению к личности больного** нейтральными, комментирующими (враждебными, угрожающими, доброжелательными, антагонистическими – одни голоса добрые, другие злые), императивными, т.е. приказывающие больному совершить что-либо.

Императивные галлюцинации представляют большую опасность для самого больного и окружающих, так как «голоса» могут приказать убить кого-либо, поджечь квартиру, выбросить ценные вещи и т.д.

Обонятельные галлюцинации – больной воспринимает запахи, которые отсутствуют в это время. Они могут быть приятными, но чаще неприятны, например, резкие запахи гари, бензина, «запах отходящих из кишечника газов».

Вкусовые галлюцинации выражаются в том, что больной воспринимает вкусовые раздражения, которых нет в данное время,

часто это привкус яда.

Простые галлюцинации – фотопсии, акоазмы, не имеющие содержания. Они воспринимаются в окликах, световых эффектах, в светящихся точках и др.

Сложные галлюцинации – имеют содержание, могут быть в виде образов, сцен, панорам, диалогов, разговоров, запахов, прикосновений и др.

Полные галлюцинации – галлюцинации, обладающие всеми свойствами восприятия, а именно чувственной живостью, отсутствием произвольной изменчивости, что создает чувство реальности. Например, больной видел ведьму. Он живо, ярко описывал подробности наружности «ведьмы», мертвенно бледный цвет тела, «когти», что послужило поводом считать этот образ ведьмой. Сидела она в комнате, кривлялась, пугала, а он ничего не мог поделать, ведьма была реальной, «настоящей».

Неполные галлюцинации – галлюцинации, у которых отсутствует какое-либо из свойств восприятия.

Истинные галлюцинации характеризуются экстрапроекцией (проекцией во внешний мир).

Псевдогаллюцинации диагностируются, если отсутствует экстрапроекция. Больной слышит внутри головы голоса, звуки и пр., или видит «внутренним оком» «расположенных на извилинах мозга человечков», или другие образы. Псевдогаллюцинации теряют такое свойство восприятия, как чувство реальности и отличаются от реальных раздражителей.

Экстракампильные – галлюцинации, располагающиеся вне СЕНСОРНОГО поля. Например, больной, глядя прямо перед собой, «видит» сзади у себя черта или «слышит голос из Китая» (без использования средств связи).

Синдромы нарушений ощущений и восприятия

Синдромы галлюциноза (зрительного, слухового, тактильного и др.) – мнимое восприятие образов без реального раздражения соответствующего анализатора, без бредовой трактовки галлюцинаций, с критическим отношением или без него.

Синдром нарушения схемы тела – психосенсорные интеро- и проприорецептивные расстройства в виде искажения восприятия телесного «Я», проявляется в чувстве удлинения, укорочения, искривления конечностей, головы, внутренних органов и т.п.

Входит в структуру синдрома деперсонализации.

Деперсонализация – ощущения изменённости психического и (или) физического, телесного «Я». Больные чувствуют отчужденным все свое тело или его часть, отчуждаются психические процессы: мышление, поведение. Больные чувствуют себя роботами, автоматами, не могут контролировать свои движения.

Дереализация – ощущение изменённости окружающего (отдаленность, призрачность, блеклость), осознается как необычное состояние, сопровождается неприятными переживаниями, часто сочетается с явлениями деперсонализации. Изменяется чувство времени: ускорение течения времени, замедление течения времени вплоть до остановки времени «день сурка». Наблюдается при депрессии, шизофрении.

Методы исследования нарушений восприятия

Возможно вызвать галлюцинации (если они исчезли) или вызвать их усиление (когда они имеются) у больных помощью легкого надавливания наглазные яблоки (*симптом Липмана*).

Можно предъявить больному чистый лист бумаги и предложить прочитать там написанный текст (внушенные галлюцинации), при этом больной будет читать несуществующий галлюцинаторный текст (*симптом Ригера и Рейхардта*).

Слуховые галлюцинации усиливаются или появляются при остром и хроническом галлюцинозе после предложения больному вслушаться в монотонный звук метронома, часов (*симптом Бехтерева*).

Можно предложить больному поговорить по выключенному телефону – больной будет «слышать» голос, раздающийся в трубке (*симптом Ашаффенбурга*).

Вопросы для самоконтроля

1. Раскройте понятие ощущение и перечислите нарушения ощущений.
2. Опишите количественные нарушения ощущений.
3. Опишите качественные нарушения ощущений.
4. Раскройте понятие восприятие и перечислите нарушения восприятия.

5. Дайте определение иллюзий, опишите их виды.
6. Дайте определение галлюцинаций, опишите их виды.
7. Дайте определение психосенсорных расстройств, опишите их виды.
8. Опишите синдромы нарушений ощущений и восприятия.
9. Опишите методы исследования ощущений и восприятия.

2.2. Нарушения памяти и внимания

Память – психический процесс запечатления, сохранения и воспроизведения прошлого опыта. У человека выделяют *произвольную и произвольную; опосредованную и логическую; зрительную, слуховую, обонятельную, двигательную, вкусовую и осязательную, долговременную и оперативную* память. Различие их базируется на волевой регуляции мнестического процесса, использования различных способов для запоминания информации, канала получения информации для запоминания и длительности ее хранения.

Внимание. Под познавательным процессом, обозначаемым вниманием понимается направленность и сосредоточенность психической деятельности на определенном объекте или виде деятельности. Внимание характеризуют также, как процесс сознательного или бессознательного отбора одной информации, поступающей через органы чувств при одновременном игнорировании другой.

В соответствии с характером подкрепления процесса внимания волевой деятельностью выделяют произвольное и произвольное внимание. Их различие заключается в степени контролирования человеком процессов внимания. Произвольное внимание складывается стихийно, т.е. направленность и сосредоточенность на объекте или виде деятельности диктуется объектом и текущими состояниями субъекта.

На процесс внимания существенное влияние оказывают три фактора: 1) тип высшей нервной деятельности – темперамент; 2) навыки и умения в данной сфере и 3) заинтересованность человека в той или иной деятельности (аффективная вовлеченность), требующей сосредоточенности.

Внимание обладает пятью основными свойствами: устойчивостью, сосредоточенностью, переключаемостью, распределением и объемом.

Под устойчивостью внимания понимается способность в течение длительного времени сохранять состояние внимания на каком-либо объекте, предмете деятельности, не отвлекаясь и не ослабляя внимание. Это свойство в большей степени зависит от состояния высшей нервной деятельности, чем от иных факторов.

Сосредоточенностью внимания называют способность концентрировать внимание на одних объектах при игнорировании иных. Сосредоточенность внимания в меньшей степени, чем устойчивость связано с психофизиологическими процессами. Причиной большей или меньшей степени концентрации (сосредоточенности) кроются часто в мотивации. Деятельность человека, которая является значимой для него, интересует его, способна привести к большей сосредоточенности, чем безразличная и не интересная.

Переключаемость внимания характеризует способность перевода сосредоточенности с одного объекта на другой без существенной потери свойства концентрации. В рамках этого свойства существенным оказывается скорость, с которой человек способен совершать переключение внимания. Способность рассредоточить внимание на значительном числе предметов или деятельности, параллельно с одинаковой сосредоточенностью выполнять несколько видов деятельности называется распределением внимания.

Под объемом внимания понимают количество информации, которая одновременно способна сохраняться в сфере внимания человека. Подсчитано, что средний объем внимания человека составляет 5–7 единиц информации.

Расстройства памяти при психических и соматических заболеваниях проявляются нарушением способности запоминать, удерживать и воспроизводить усвоенный материал. Наиболее часто нарушения памяти встречаются при экзогенно-органических заболеваниях (инфекционных, интоксикационных, травматических) и атрофических заболеваниях головного мозга. Возможно снижение способности к запоминанию на фоне нарушения внимания при развитии состояний переутомления, а

также в период выздоровления после соматических заболеваний.

Классификация нарушений памяти

I. Количественные нарушения памяти:

1. Усиление памяти (гипермнезия).
2. Ослабление памяти (гипомнезия).
3. Отсутствие памяти (амнезия):

- фиксационная;
- репродукционная;
- ретроградная;
- антероградная;
- антероретроградная;
- прогрессирующая;
- аффектогенная.

II. Качественные нарушения памяти (парамнезии):

1. Псевдореминисценции.
2. Конфабуляции.
3. Криptomнезии.
4. Нарушение чувства знакомости:
 - симптом уже виденного, уже слышанного, уже пережитого
 - симптом никогда не виденного, никогда не слышанного

Классификация нарушений внимания:

1. Отвлекаемость.
2. Прикованность.
3. Истощаемость.

Гипермнезия – усиление памяти, наблюдается чаще всего при маниакальных состояниях, иногда – при синдромах нарушенного сознания. Нередко гипермнезия сопровождается облегчением ассоциативного процесса. Чаще происходит усиление процесса репродукции или фиксации. Так, люди, оказывающиеся в ситуациях, угрожающих жизни, неожиданно для себя вспоминают давно забытые эпизоды детства.

Гипомнезия – ослабление памяти. При развитии гипомнезии сначала происходит ослабление произвольной репродукции (репродукционная гипомнезия): больной не может вспомнить нужное слово или имя. Сосредоточение внимания лишь ухудшает результаты поиска забытого слова, но через некоторое время, когда это слово утрачивает для больного свою актуальность, оно само по себе как бы всплывает в памяти. В дальнейшем ухудшается

удержание информации в памяти, а затем уже отмечается нарастающая недостаточность запоминания. Для гипомнезии характерна длительная сохранность памяти смысловой, ассоциативной.

Амнезия – выпадение из памяти событий, произошедших в определенный период времени – встречается как после состояний нарушенного сознания, так и в связи с грубыми органическими поражениями головного мозга. В первом случае амнезия охватывает обычно более четко ограниченный отрезок времени.

Выделяют следующие виды амнезии.

Фиксационная амнезия – утрата способности запоминания (фиксации), отсутствие памяти на текущие события. Фиксационная амнезия свидетельствует о грубых расстройствах памяти, она наблюдается при старческом слабоумии, при болезни Альцгеймера, а также при Корсаковском синдроме.

Фиксационная амнезия легко обнаруживается в беседе. Больному называют имя и отчество собеседника, задают какой-либо посторонний вопрос и тут же просят повторить имя и отчество, которые он только что услышал. Невозможность повторения указывает на наличие фиксационной амнезии. Больной также не может вспомнить содержания только что прочитанной книги, что ел за завтраком, куда положил нужную вещь.

Репродукционная амнезия – невозможность воспроизведения необходимой в данный момент информации. Встречается при астенических состояниях, утомлении, волнении, церебральном атеросклерозе и т.д. Например, больные церебральным атеросклерозом в ответственной ситуации никак не могут вспомнить нужного имени, даты, термина, однако через некоторое время, когда необходимость в этом отпадает, эти сведения могут всплыть в памяти.

Ретроградная амнезия – исчезновение из памяти событий, предшествовавших причине, вызвавшей амнезию (черепно-мозговой травме, инсульту, эпилептическому припадку, отравлению, самоповешению и др.) за несколько минут, дней и даже недель. Например, человек, получивший черепно-мозговую травму вследствие автомобильной катастрофы, нередко не помнит не только сам момент аварии, но и не может ничего сказать о других событиях того же дня, предшествовавших аварии, даже

если после потери сознания он пришел в себя и внешне ведет себя правильно.

Антероградная амнезия характеризуется пробелами воспоминания, относящимися к событиям, происшедшим и происходящим уже после эпизода потери сознания. Выраженность амнезии часто зависит от глубины расстройства сознания.

Если у больного отмечается сочетание антероградная и ретроградной амнезии – в этих случаях говорят об **антероретроградной амнезии**.

Прогрессирующая амнезия – утрата способности к запоминанию и постепенно нарастающее оскудение запасов памяти. Она является типичным симптомом старческого слабоумия. Динамика прогрессирующей амнезии соответствует закону Рибо – вначале из памяти исчезают недавно приобретенные сведения, забываются события текущие или недавнего прошлого, воспоминания о событиях далекого прошлого сохраняются сравнительно долго. На этой стадии прогрессирующей амнезии нередко оживляются воспоминания о далеком прошлом больного – больные живут переживаниями своего детства, юности, рассказывают об общении с давно умершими родственниками. Например, больная, страдающая старческим слабоумием, называет адрес, по которому она вместе с родителями жила в детские годы, свою девичью фамилию и не помнит фамилии по мужу, с которым прожила несколько десятков лет. Амнезия распространяется от нового к старому, от недавнего времени к давно происшедшему.

Иногда амнезия возникает вследствие психической травмы. При этом исчезают из памяти определенные, обычно тяжелые для больного, неприятные переживания. В таких случаях говорят об **аффектогенной (психогенной) амнезии**.

Качественные нарушения воспоминаний (**парамнезии**) – изменение содержания воспоминаний.

Криптомнезия – искажение памяти, при которых лакуны в памяти заполняются событиями, увиденными во сне, услышанными или прочитанными больным. Таким образом, присваиваются чужие воспоминания, мысли.

Конфабуляции – ложные воспоминания фантастического содержания, воспоминания о событиях, которых не было и не могло быть в жизни больного. При конфабуляциях провалы в

памяти заполняются вымыслом фантастического содержания. Например, больная рассказывает о том, что ее на прошлой неделе «запускали в космос» с горы, которую описывает, утверждает, что забыла там свои тапочки, вспоминает, что очень мерзла в полете.

Псевдореминисценции – ложные воспоминания, которых не было в данный период времени, но которые были в прошлой жизни больного. При псевдореминисценциях искажаются воспоминания о времени реальных событий. Например, больной, в течение нескольких месяцев находящийся в психиатрической больнице, на вопрос, чем он занимался накануне, «вспоминает», что был дома, перечисляет дела, якобы сделанные им.

Нарушения чувства знакомости. Среди симптомов нарушения памяти особую группу составляют нарушения чувства знакомости.

Выделяют **симптом «уже виденного»** (dejavu) и **симптом «никогда не виденного»** (jamaisvu). Симптом «уже виденного» сводится к тому, что впервые в жизни увидев что-либо, человек чувствует, будто это уже происходило с ним когда-то раньше. При этом присутствует критическое понимание ошибочности этого ощущения. Так, впервые приехав в чужой город, человек ходит по его улицам с чувством, будто он уже бывал здесь.

Симптом «никогда не виденного» заключается в том, что что-то хорошо знакомое воспринимается как чужое, чуждое, будто бы увиденное впервые. Критика остается сохранной, человек осознает факт нарушений, понимает, что это ему кажется: остается неизменным и знание самого явления. Так, однажды, войдя в свою комнату, человек как бы не узнает ее, хотя знает хорошо все особенности помещения и его убранства.

Нарушения чувства знакомости обычно сопутствуют психосенсорным расстройствам и выявляются в структуре синдромов дереализации и деперсонализации.

Корсаковский амнестический синдром – включает триаду нарушений памяти: нарушение памяти на текущие события (фиксационную амнезию), тотальную амнезию и парамнезии (псевдореминисценции, конфабуляции).

Корсаковский синдром встречается при органическом поражении головного мозга вследствие инфекционных заболеваний головного мозга, интоксикации, в том числе

алкогольной, черепно-мозговой травмы, сосудистой патологии головного мозга и т.д.

Отвлекаемость внимания – невозможность сосредоточиться на одном виде занятий и объектов, иногда в сочетании с повышенным вниманием к несущественному.

Прикованность внимания – снижение переключаемости внимания, застревание на одних и тех же мыслях, желаниях. Характерно для депрессий, больные не могут переключиться на мысли, события, не соответствующие их переживаниям, параноидного и эпилептоидного расстройства личности.

Истощаемость внимания – когда работоспособность в начале деятельности достаточная, но со временем падает, уменьшается продуктивность, увеличивается количество ошибок. Характерно для астенических и цереброастенических состояний.

Методики исследования расстройств памяти и внимания

Методика исследования расстройств памяти предполагает такую форму его проведения, чтобы оно не походило на экзамен. Обычно после нескольких вступительных фраз можно спросить у больного, как у него обстоит дело с памятью, и после ответа переходить к исследованию, делая это деликатно, осторожно, чтобы не огорчать пациента. Можно, например, спросить, не знает ли он имени-отчества своего врача, и после ответа, что не знает, сообщить ему свое имя-отчество, попросив запомнить его, затем задать больному один-два других вопроса, например, как зовут его жену, сколько у него детей, и, получив ответы, снова спросить, не помнит ли он имени-отчества своего врача. Если больной не помнит этого, то можно спросить, было ли ему сегодня названо имя отчество его врача. Естественно, в случаях расстройства памяти время от времени следует повторять такого рода исследования.

Некоторые пациенты отказываются от исследования памяти, боясь обнаружить ее расстройство. В таких случаях врач задает вопросы, касающиеся недавних переживаний, например, помнит ли больной, что происходило с ним в последнее время, что он сегодня ел за завтраком, приходили ли к нему родные, когда он виделся с врачом. И если больной не может вспомнить, о чем с ним беседовал врач или кто к нему приходил, сделали ли ему инъекцию, сколько времени он находится в клинике, или в разное

время дает разные ответы на одни и те же вопросы, то может быть сделан вывод о патологии памяти.

Для исследования состояния памяти используют экспериментально-психологические методики – от наиболее простых (пробы на запоминание слов, повторение за собеседником возрастающих рядов цифр в прямом и обратном порядке) до довольно сложных методик, требующих определенного опыта применения (шкала памяти Векслера, тест зрительной ретенции Бентона).

Для подтверждения выявляемых клинически расстройств внимания наиболее адекватными психологическими методиками являются оценка внимания по таблицам Шульте, по результатам проведения корректурной пробы и счета по Крепелину.

Вопросы для самоконтроля

1. Какие расстройства памяти вы знаете?
2. Какие количественные нарушения памяти вы знаете?
3. Какие качественные нарушения памяти вы знаете?
4. Опишите Корсаковский амнестический синдром, его проявления и причины возникновения.
5. Опишите методики исследования памяти.

1.3. Нарушения мышления

Мышление – высшая форма отражения объективной реальности, процесс обобщенного и опосредованного отражения предметов и явлений материального мира в их закономерных связях и отношениях.

При патологических состояниях может нарушаться ассоциативный процесс или исчезают связи между отдельными мыслями, что свидетельствует о нарушении мышления по форме. В других случаях нарушается процесс формирования умозаключений, страдает логика, нарушается мышление по содержанию.

Классификация нарушений мышления

1. Нарушение образования понятий:

- псевдопонятия;
 - уплотнение понятий;
 - неологизмы.
2. Нарушение темпа мышления:
- ускоренное мышление, «скачка идей»;
 - замедленное мышление;
 - задержка, остановка (шперрунг);
 - ментизм.
3. Нарушение формы мышления:
- патологически обстоятельное мышление;
 - резонерство;
 - разорванное мышление (шизофазия);
 - бессвязное мышление;
 - соскальзывающее мышление;
 - аморфное мышление;
 - паралогическое мышление;
 - аутистическое мышление;
 - символическое мышление;
 - вербигерации;
 - персеверации;
 - аффективное мышление.
4. Нарушение содержания мышления:
- навязчивые идеи;
 - доминирующие идеи;
 - сверхценные идеи;
 - бредоподобные фантазии;
 - насильственные мысли;
 - бредовые идеи.

Псевдопонятия – ложные понятия, создаваемые на основе случайных, несущественных признаков. Например, больная просит дать ей зеленое и обижается, что ее не понимают.

Уплотнение понятий (агглютинация) выражается в слиянии нескольких, достаточно отдаленных друг от друга представлений. Наблюдается при шизофрении и при некоторых органических поражениях головного мозга. Например: на вопрос о самочувствии больная ответила: «шоко-ладно» и разъяснила это так: «после инсулиновых шоков здоровье мое налаживается».

Неологизмы – новые, необычные понятия, создаваемые

большим.

Например: жалуясь на свою судьбу, больная говорит: «Это не жизнь, а афеиды и полторании».

Псевдопонятия, уплотненные понятия и неологизмы продуцируют обычно больные шизофренией. Однако следует помнить, что иногда неологизмы используются как литературный прием писателями, поэтами (Хлебников, Маяковский).

Ускоренное мышление наблюдается при маниакальных и гипоманиакальных состояниях различного происхождения – при биполярном расстройстве, экзогенных психозах, в начальной стадии алкогольного опьянения. Обычно ускоренное мышление протекает на фоне повышенного настроения и повышенной отвлекаемости внимания, характеризуется быстрым, облегченным возникновением ассоциаций, чаще всего – поверхностных. Умственная продуктивность таких больных резко снижена, характерна легкая утрата объекта рассуждения. Значительное ускорение мышления называется «скачка идей». При скачке идей связь между мыслями не теряется, но больной может высказать лишь часть из них, речь не успевает за мыслью, начав одну фразу, больной, не заканчивая ее, переходит к другой, пропускает слова, спешит высказать следующую мысль и т.д.

Замедленное мышление наблюдается при астенических состояниях, депрессивном синдроме, характеризуется уменьшением количества идей и сопровождается субъективным чувством затруднения мышления, ощущением своей интеллектуальной несостоятельности. Речь замедленная, бедна словами, ответы на вопросы односложные, после долгой паузы.

Задержка мышления (шперрунг) проявляется внезапной остановкой течения мыслей. Наблюдается у больных шизофренией и легко обнаруживается в беседе. Больной неожиданно замолкает, а затем объясняет свое молчание тем, что у него произошла задержка мыслей, на какое-то время возникло чувство отсутствия мыслей. Шперрунг может быть обнаружен при экспериментально-психологическом исследовании, когда в деятельности больного отмечаются различные по продолжительности остановки, которые он объясняет, как «пропадание мыслей». Шперрунг может длиться от нескольких секунд до нескольких дней. Иногда сопровождается признаками психического автоматизма, в этом случае отсутствие

мыслей больной объясняет как их «отнятие». Шперрунг не влияет на скорость протекания ассоциативных процессов, после задержки мысли вновь текут обычно.

Наплыв мыслей (ментизм) – тягостно переживаемый больным навязчивый автоматический поток мыслей, бессвязно возникающих и непрерывно текущих в сознании, независимо от желания больного. Наплыв мыслей входит в синдром психического автоматизма Кандинского-Клерамбо.

Патологическая обстоятельность мышления (вязкое мышление) наблюдается при эпилептическом слабоумии, при органических заболеваниях головного мозга. Расстройство характеризуется обстоятельностью, повышенной детализацией, неумением отделить главное от второстепенного, трудностью в переключении с одной темы на другую. Больной уходит в сторону от основной темы рассказа, затем через некоторое время возвращается к ней и снова переходит к побочным деталям, мало реагирует на вопросы, которыми собеседник перебивает его речь, даже если эти вопросы должны помочь ему.

Резонерство – пустые бесплодные рассуждения, лишённые познавательного смысла. Наблюдается при шизофрении. В резонерстве больной использует формальные, случайные ассоциации, при этом цель задания отодвигается на задний план, а на передний выдвигается стремление больного к рассуждательству. Особенно ярко резонерство выступает в тех случаях, где выполнение задания требует словесных определений, формулировок, сравнения понятий. В таких случаях можно наблюдать повышенную претенциозность, которая контрастирует с незначительностью объекта суждения, банальные рассуждения, патетичный тон речи, нередко на фоне повышенной самооценки и уровня притязаний.

Паралогическое мышление наблюдается преимущественно при шизофрении и характеризуется нарушением логических связей в суждениях, умозаключениях, доказательствах, в причинно-следственных соотношениях. При этом нередко отмечается сохранная память, способность к счёту, понимание и рассудительность по отношению ко многим обычным явлениям.

Мышление соскальзывающее – отклонение с главной мысли на побочные, без самостоятельного возврата к главной

мысли.

Мышление аморфное – характеризуется множественными соскальзываниями с полной утратой целенаправленности речи.

Разорванное мышление типично для шизофрении и проявляется отсутствием смысловой связи между понятиями при сохранности грамматического строя речи. Речь больного лишена содержания, логической связи, хотя кажется внешне упорядоченной из-за сохранения грамматических связей. Лишь при резко выраженной разорванности нарушаются грамматические связи и тогда речь состоит из беспорядочного набора слов («словесная окрошка»).

Бессвязное мышление (инкогерентное) характеризуется неспособностью образования ассоциаций, отдельные восприятия, образы, понятия не связаны между собой. Отсутствуют любые, даже примитивные, механические ассоциации по сходству, по смежности во времени и пространстве. Больной дезориентирован во времени и месте, не понимает, что происходит вокруг, он растерян. Речь больных бессвязна, состоит из отдельных, случайных слов, не связанных ни по смыслу, ни грамматически, фразы построены неправильно.

Бессвязное мышление наблюдается при острых психозах, сопровождающихся нарушением сознания в виде аменции, свидетельствует о тяжелом состоянии больного.

Аутистическое мышление – опирается не на реальные факты, а на внутренние переживания больного, его субъективные установки, желания, фантазии. Больной не обращает внимания на то, что его мысли противоречат действительности. Нередко возникает как «озарение» и проявляется в осуществлении своих «сокровенных желаний».

Мышление символическое – больной придает различным понятиям особое значение, которое совершенно непонятно другим людям, но для самого больного имеющее определенный смысл. Больной может символически понимать речь окружающих, значение цветов. Так, увидев санитарку в желтой кофте, больная заявила: «Она – предательница, так как желтый цвет – цвет предательства».

Вербигерации – бессмысленное повторение одних и тех же слов или обрывков фраз. Характерно для шизофрении.

Персеверации – застревание на каких-то представлениях. Проявляется многократным повторением одних и тех же предложений, из-за чего ответы больного иногда становятся бессмысленными.

Персеверации и стереотипии проявляются в рамках афазии у больных с постинсультным или старческим слабоумием, отмечаются и при других органических поражениях головного мозга.

Аффективное мышление – больной строит суждения и умозаключения не логически, а на преобладающих в данный момент эмоциях и желаниях. Характерно для расстройств личности (эмоционально-неустойчивых и истерических).

Навязчивые идеи – это представления и мысли, возникающие непроизвольно, независимо от воли больного, чуждые содержанию сознания в данный момент, характеризуются критическим отношением к ним, пониманием их болезненного характера, а также активным стремлением от них избавиться. В отличие от бреда, при навязчивых идеях больные сохраняют критическое отношение к ним, идеи характеризуются эпизодичностью, приступообразным течением. Они встречаются при обсессивно-компульсивном расстройстве, ананкастном расстройстве личности.

Доминирующие мысли – правильные мысли, связанные с жизнью, преобладающие в сознании человека и иногда мешающие ему сосредоточиться на текущей деятельности. Например, постоянные мысли во время работы о больном ребенке. Чаще наблюдается при психогенных заболеваниях.

Сверхценные идеи – суждения, возникающие в результате реальных обстоятельств, но занимающие непропорциональное их объективному значению преобладающее значение в сознании в результате их эмоциональной насыщенности. Сверхценные идеи бесплодны, мышление становится односторонним, все, что не связано со сверхценной установкой или противоречит ей, игнорируется, подавляется. Сверхценные идеи могут влиять на поведение, толкая субъект на исключительные действия.

В отличие от бреда, сверхценные идеи хотя и с трудом, но поддаются коррекции под влиянием веских логических доводов и изменения жизненных обстоятельств, что способствует утрате их

аффективной насыщенности и актуальной значимости. Наблюдаются при расстройствах личности, шизофрении, аффективных психозах.

Бредоподобные фантазии – относительно кратковременны, наиболее характерны для подростков-психопатов, которые хотят предстать перед сверстниками в роли героя, незаурядной личности, для чего преувеличивают факты, сочиняют небылицы и сами в них верят.

Насильственные мысли – элементарны, появляются в сознании неожиданно, отсутствует этап сомнения и борьбы. Больные просят удержать их от того чтобы они не бросились в пролет лестницы, не плюнули в лица кому-нибудь, так как не уверены, что смогут сами сдержаться. Наблюдаются у больных, перенесших энцефалит, черепно-мозговую травму.

Бредовые идеи – это возникающие без реального основания неправильные суждения и умозаключения, полностью овладевающие сознанием больного и не поддающиеся коррекции. Они искаженно отражают действительность, отличаются постоянством и непоколебимостью, попытки разубедить больного, доказать ему неправильность его бредовых построений, как правило, приводят лишь к усилению бреда. Характерна убежденность, уверенность больного в полной реальности, достоверности бредовых идей.

Классификация бредовых идей

1. По форме бредообразования:

- первичный бред (интерпретативный);
- вторичный бред (чувственный, образный).

2. По содержанию:

- преследования;
- воздействия;
- отношения;
- инсценировки;
- ущерба;
- самообвинения и самоуничужения;
- отрицания (нигилистический);
- ипохондрический;
- ревности;
- любовный;

- изобретательства;
- реформаторства;
- особого происхождения;
- сутяжничества.

Развитие бреда связано с определенной динамикой состояния больного. Вначале это эмоциональные нарушения в виде внутренней напряженности, необъяснимого беспокойства, предчувствие неотвратимой беды, нарастающей тревоги. Больной пытается понять, что происходит, почему окружающее приобрело новый, непонятный ему смысл, нередко возникает бредовое восприятие: все вокруг кажется нереальным, искусственным или угрожающим, зловещим, имеющим особое, скрытое от больного значение. Бредовое восприятие непосредственно связано с формированием бредового представления, на основе которого особо выделяются некоторые события прошлой жизни больного в их новом значении. Наконец, возникает бредовое осознание – своеобразное озарение с осознанием сути ранее непонятных явлений, бредовые суждения получают конкретное содержание, что сопровождается субъективным ощущением облегчения, эмоциональным успокоением – происходит кристаллизация бреда.

Первичный бред – его основу составляют ложные интерпретации (толкования), отправной точкой являются или реальные факты внешнего мира, или внутренние ощущения и переживания. Больные неожиданным образом истолковывают поведение окружающих, их высказывания. То же происходит и по отношению к неодушевленным предметам.

Это бред систематизированный, стойкий, расширяющийся и усложняющийся.

Вторичный бред (чувственный, образный) – возникает вследствие других психических расстройств: галлюцинаций, нарушений эмоций, сознания. Например, на фоне депрессивного настроения возникают вторичные бредовые идеи самообвинения, вследствие слуховых галлюцинаций угрожающего характера – вторичные бредовые идеи преследования. Его интенсивность соответствует интенсивности первичных психических нарушений. Чувственный бред чаще всего возникает остро, обычно несистематизирован, нестойк, фабула его яркая, но нестойкая.

В зависимости от содержания высказываний выделяют бред

преследования, воздействия, отравления, ревности, самообвинения и самоуничтожения, величия и т.д., в названии обычно отражая содержание бредовых переживаний.

Бред величия проявляется в утверждениях больных, что они обладают незаурядным умом и большой силой. При бреде богатства больной утверждает, что он владеет огромными сокровищами. Различные клинические виды бреда не являются специфичными для какого-то определенного психического заболевания. Так, бред величия, высокого происхождения и богатства может наблюдаться в маниакальной фазе биполярного расстройства, при экспансивной форме прогрессивного паралича, парафренных состояниях различного генеза. В рамках каждой нозологической формы бред имеет свои клинические особенности. При маниакальном синдроме идеи величия зависят от аффективного состояния и не достигают значительной выраженности, при прогрессивном параличе бредовые идеи нелепые, аморфные, нестойкие, в структуре парафренного синдрома бредовые идеи носят несистематизированный характер.

При бреде изобретательства больные говорят об изобретении ими различных аппаратов, приборов, которые призваны улучшить жизнь человечества. Такой вид бреда часто наблюдается при парафренном синдроме в рамках шизофрении.

При эротическом бреде больной усматривает заинтересованность в нем отдельных особ противоположного пола. Объект бредовых переживаний обычно подвергается настоящему преследованию со стороны больного, который посылает многочисленные любовные письма, назначает встречи. Нередко при этом отмечается болезненная переоценка больным собственной личности. Этот бред чаще встречается при шизофрении.

Бредовые идеи, характеризующиеся отрицательной эмоциональной окраской, типичны для депрессивных состояний. Это бредовые идеи **самообвинения, греховности, обнищания, физического ущерба, ипохондрические**. Бред самообвинения, самоуничтожения и греховности наблюдается при выраженной депрессии. При инволюционной меланхолии наблюдаются идеи самообвинения, обнищания.

Бредовые **идеи отношения** проявляются в том, что любое

событие или поступок окружающих приобретает в глазах больного особое значение. Красный свет светофора обозначает, что прольется кровь. Стоит больному зайти в трамвай, все начинают переглядываться.

При бредовых идеях **преследования** больной заявляет, что он стало объектом преследования отдельными лицами или группой людей, объединившихся с целью убить его либо причинить ему вред. Следует помнить, что такие больные представляют известную социальную опасность, так как нередко они из преследуемых становятся преследователями и наносят тяжелые повреждения своим мнимым обидчикам.

При **бреду воздействия** больные убеждены в том, что они подвергаются воздействию с помощью различных аппаратов, лучей (**бред физического воздействия**) или гипноза, телепатического внушения на расстоянии (**бред психического воздействия**).

Больные с бредовыми идеями **отравления** утверждают, что им в пищу подсыпают яд, в квартиру напускают смертоносный газ.

Бредовые идеи отношения, воздействия, преследования, отравления чаще всего наблюдаются при шизофрении. Идеи отравления в сочетании с идеями физического ущерба наблюдаются при инволюционных психозах.

При бреде отношения, дополняющем бредовые идеи преследования, индифферентные для больного события он относит на свой счет. Происходящее вокруг для больного имеет двойной смысл, всему придается особое значение (**бред значения**).

Бред ревности характеризуется утверждениями больных о супружеской неверности партнера по браку. Больные следят за своей женой или мужем, постоянно выискивают доказательства измены, все поведение, внешний вид, высказывания супруга, окружающая его обстановка и события расцениваются как «улики», говорящие о супружеской неверности. Нередко такие больные социально опасны, поскольку могут предпринять попытки убийства неверного супруга и их мнимых любовников. Бред ревности наблюдается при шизофрении, алкоголизме.

Больные с **бредом инсценировки (бредом интерметаморфозы)** утверждают, что все вокруг специально подстроено, разыгрываются сцены какого-то спектакля из их жизни, ведется эксперимент, двойная игра, все непрерывно меняет

свой смысл: то это больница с медицинским персоналом и больными, то какое-то следственное учреждение; врач – не врач, а следователь, история болезни – заведенное на него дело, больные и медицинский персонал – переодетые сотрудники органов безопасности.

При бредовых **идеях ущерба** больные считают, что недоброжелатели наносят им материальный или моральный ущерб, обворовывают, портят вещи, порочат, ущемляют в правах. Обычно проявляется в рамках бреда преследования.

Сутяжный (кверулянтский) бред. Убежденные в невнимательном, несправедливом или недоброжелательном к ним отношении больные конфликтуют, посвящают себя разоблачениям, тратят на это много сил, времени, а порой и все свои материальные средства, жалуются в различные инстанции, включая в бред все новых и новых лиц; тематика бреда черпается из реальной ситуации: склоки с соседями, столкновения с членами семьи, сослуживцами.

В позднем возрасте при депрессивном бреде с ипохондрической тематикой высказывания легко принимают гротескный, мегаломанический характер. При этом бред становится по своему содержанию **нигилистическим, или бредом отрицания**. Например, вначале больной упорно утверждает, что у него имеется нераспознанное тяжелое заболевание желудка, от которого он умирает; далее появляются высказывания, что желудка нет, он сгнил, на месте желудка пустота; вскоре можно услышать, что нет и самого больного, он – живой труп, заживо разложился; еще позже – нет ничего: ни мира, ни жизни, ни смерти (синдром Котара).

Ипохондрический бред связан с убежденностью в наличии тяжелого, неизлечимого недуга. Близкой к нему является и дисморфомания, которую можно определить, как бредовую убежденность в наличии физического уродства, чаще всего видимых частей тела: формы или величины носа, ушей, зубов, рук, ног и др. Для дисморфомании характерным является подавленное настроение, тщательная маскировка больными своих «физических недостатков», активная деятельность, направленная на исправление мнимого дефекта, вплоть до хирургических операций, тенденция к возникновению и развитию идей отношения.

Синдромы с преимущественным нарушением мышления

Паранойяльный синдром характеризуется наличием систематизированного бреда, при отсутствии нарушений восприятия и психических автоматизмов. Бредовые идеи основаны на реальных фактах, однако страдает способность больных к объяснению логических связей между явлениями реальности, факты отбираются односторонне, в соответствии с фабулой бреда. Нередко больные в течение длительного времени пытаются доказать свою правоту, пишут жалобы, обращаются с иском в суд, становятся «преследователями своих преследователей», что может представлять определенную социальную опасность. Наблюдается при шизофрении, пресенильных, реактивных психозах, алкоголизме.

Параноидный синдром – характеризуется наличием несистематизированных бредовых идей различного содержания в сочетании с галлюцинациями, псевдогаллюцинациями. Образный бред, чаще преследования, возникает остро, отличается многообразием фабулы, яркостью, масштабностью. Больные тревожны, беспокойны, испытывают страх, иногда растерянность. Они не могут понять, кто, за что и как их преследует. Поведение чаще пассивно-оборонительное. Наблюдается при экзогенных, психогенных психозах, шизофрении.

Синдром Кандинского-Клерамбо является разновидностью параноидного синдрома и характеризуется присоединением психических автоматизмов, идеаторных (кто-то руководит мыслями), моторных (движениями больного управляет чужая сила), эмоциональных («делают настроение», «вызывают радость, печаль, страх, восторг»). Отмечаются псевдогаллюцинации, чаще всего слуховые, бредовые идеи воздействия, ментизм, симптомы открытости мыслей (ощущения, что мысли больного доступны окружающим людям) и вложенности мыслей (ощущение, что мысли больного являются чужими, переданными ему). Нередко у больных возникает ощущение, что в их голове звучат их собственные или чужие мысли, либо происходит их насильственный обрыв. Иногда бредовые идеи воздействия распространяются не только на самого больного, но и на его родственников или знакомых, в таких случаях больные уверены, что не только они сами, но и другие люди находятся под

посторонним влиянием. Характерен для шизофрении.

Парафренный синдром – сочетание несистематизированного бреда фантастического содержания с психическими автоматизмами, вербальными галлюцинациями, конфабulatorными переживаниями, склонностью к повышению настроения. Характерен для поздних стадий шизофрении.

Синдром Котара – характеризуется сочетанием ипохондрического или нигилистического бреда и болезненно сниженного настроения. У больных возникают идеи ущерба, смерти, гибели мира, самообвинения в совершении тяжких преступлений, характерны утверждения, что у больного «сгнил кишечник», «нет сердца», больные могут считать, что они уже давно умерли и разлагаются. Наиболее часто синдром Котара наблюдается при инволюционной депрессии.

Вопросы для самоконтроля

1. Дайте определение мышления, назовите группы нарушений мышления.
2. Раскройте нарушения мышления по темпу и нарушение образования понятий.
3. Опишите нарушения мышления по форме.
4. Опишите нарушения мышления по содержанию.
5. Раскройте классификацию бредовых идей по механизму бредообразования и содержанию.
6. Опишите синдромы с преимущественным нарушением мышления.
7. Опишите методики исследования мышления.

1.4. Нарушения интеллекта и умственной работоспособности

Интеллектом в психологии называется система всех познавательных способностей индивида и, в частности, способность к познанию и решению проблем, определяющих успешность любой деятельности. Выделяется три формы интеллектуального поведения: 1) вербальный интеллект, включающий запас слов, эрудицию, умение понимать прочитанное;

2) способность решать проблемы; 3) практический интеллект, составными частями которого являются умение адаптироваться к окружающей обстановке.

Для клинической психологии наиболее значимым считается практический интеллект, поскольку именно он в значительной степени может изменять поведение человека и нарушать адаптацию. В структуру практического интеллекта входят процессы адекватного восприятия и понимания происходящих событий, адекватной самооценки и способность рационально действовать в новой обстановке.

Интеллектуальная сфера, как и некоторые иные, является сложной сферой психической деятельности, включающей в себя некоторые элементарные познавательные процессы (память, внимание, мышление, восприятие). Однако, интеллект нельзя считать лишь простой суммацией этих познавательных процессов. В частности, предпосылками интеллекта являются внимание и память, однако ими не может исчерпываться понимание сущности интеллектуальной деятельности, также как интеллектуальная деятельность не может быть заменена мыслительной.

Выделяют три формы организации интеллекта: ***здоровый смысл, рассудок и разум***. Они отражают различные способы познания объективной реальности в частности, в сфере, межличностных контактов и методы ее преобразования на основе полученных знаний. Под здоровым смыслом подразумевают процесс адекватного отражения реальной действительности, базирующийся на анализе сущностных мотивов поведения окружающих людей и использующий рациональный способ мышления. Здоровый смысл позволяет человеку избегать логических ошибок при оценке и интерпретации внешних ситуаций и в соответствии с этим выбирать наиболее адекватный способ взаимодействий с окружающими.

Рассудком обозначается процесс познания реальности и способ деятельности, основанный на использовании формализованных знаний, трактовки мотивов деятельности участников коммуникации. Разум – это высшая форма организации интеллекта, при которой мыслительный процесс способствует формированию теоретических знаний и творческого преобразования действительности. По другому, разумом

обозначается наивысшая ступень логичности, проявление «чистой» рациональности, отграниченной от каких бы то ни было моментов спонтанности, произвола, фантазии, интуитивных прозрений.

Интеллектуальное познание может использовать **рациональный и иррациональный** способы. Рациональное близко к научному подходу в оценке событий и явлений, т.е. оно требует применения формально-логических законов, выдвижения гипотез и их подтверждение. Иррациональное опирается в познании на неосознаваемые факторы, не имеет строго заданной последовательности и не требует использовать для доказательства истинности логических законов.

Тесно переплетаются с понятиями здравого смысла и разума **антиципационные способности**. Под ними понимается способности человека предвосхищать ход событий, прогнозировать вероятные исходы различных действий, планировать свою деятельность с целью избегания нежелательных последствий и переживаний и адаптации к окружению.

Немаловажной составляющей разума является **рефлексия** – процесс самопознания субъектом внутренних психических актов и состояний, а также создания представления об истинном отношении к субъекту со стороны окружающих.

Нарушения интеллекта, как правило, описывают на основании различной степени снижения (недоразвития) способностей к решению проблем и задач, снижению мыслительных способностей. Нередко для оценки нарушений интеллекта используется оценка общих и специальных знаний и умений. Клиническими синдромами расстройств интеллектуальной деятельности являются **деменция, умственная отсталость и психоорганический синдром**.

Деменцией называется выраженное **снижение** интеллекта.

К деменции (приобретенному слабоумию) приводят эпилепсия, а также органические заболевания, при которых имеют место атрофические процессы в веществе головного мозга (сифилитический и старческий психозы, сосудистые или воспалительные заболевания головного мозга, тяжелые черепно-мозговые травмы), шизофрения.

При шизофреническом слабоумии никогда не наблюдается грубых расстройств памяти, дефект при шизофрении касается

эмоциональной жизни и мышления в виде нарастающей апатии и расщепления, распада единства и целостности психических процессов.

При эпилепсии в картине слабоумия на первый план выступают изменения мышления – чрезмерная обстоятельность, вязкость, тугоподвижность, превалирование элемента конкретно-описательного над обобщающим.

Различают *лакунарное* и *тотальное* слабоумие. При *лакунарном* слабоумии снижается работоспособность, прогрессирует потеря знаний, навыков, отмечается неравномерное ослабление памяти, слабость суждений, аффективная неустойчивость, утрата гибкости психических процессов, ухудшение приспособляемости, снижение самоконтроля. Больные, как правило, критически оценивают свой интеллектуальный дефект. При этом отношение больного к окружающему и близким ему людям остается прежним, мало изменяется круг интересов, сохраняются сложившиеся прежде убеждения. Личность беднеет, но сохраняет присущую ей систему отношений, основные морально-этические свойства. В таких случаях говорят об органическом снижении уровня личности, образовании «остаточной личности».

При *тотальном* слабоумии происходит полный распад личности. Наблюдается резко выраженное сужение круга интересов, сводящихся к удовлетворению элементарных биологических потребностей. При этом в первую очередь страдают наиболее высокие уровни личности, высшие эмоциональные проявления. Больные грубо некритичны к интеллектуальному снижению. Лакунарное и тотальное слабоумие в ряде случаев являются стадиями развития патологического процесса. В клинике церебрального атеросклероза, сифилиса мозга можно наблюдать перерастание слабоумия из лакунарного в тотальное.

Умственная отсталость (врожденное слабоумие, олигофрения по МКБ-9) – это **недоразвитие** интеллекта, при воздействии повреждающего фактора в возрасте до трёх лет. Причины умственной отсталости различны:

- наследственные факторы (50% всех случаев олигофрении);
- болезни матери во время беременности (интоксикация, инфекция);

- физическая травма плода; тяжелые роды, обусловившие кровоизлияние в мозг или травмы черепа у родившегося ребенка;
- воздействие повреждающего фактора в возрасте до трёх лет (травма, инфекция, интоксикация).

Как правило, умственная отсталость представляет собой проявления дизонтогенеза головного мозга и всего организма в целом. Особенностью олигофренического слабоумия является преимущественное недоразвитие наиболее дифференцированных, филогенетически и онтогенетически молодых систем головного мозга. Эта закономерность хорошо прослеживается в особенностях мышления: больше всего страдают его высшие формы – процессы обобщения и абстракции. Мышление больных находится на той стадии развития, когда ведущим в познавательной деятельности является установление частных, сугубо конкретных связей, а высшие формы отвлеченного мышления отсутствуют. Неспособность к абстрактному мышлению наиболее отчетливо выступает при эксперименте по методу «классификации предметов»: выделение видовых и родовых понятий, оперирование наиболее общими признаками этим пациентам практически недоступно. Недостаточность процесса отвлечения проявляется и в неумении понять переносный смысл пословиц, поговорок и метафор.

Характерная для умственной отсталости неспособность к отвлеченному мышлению отражается и в особенностях внимания, восприятия, памяти. Внимание у пациентов с умственной отсталостью трудно привлекается, плохо фиксируется, отмечается его легкая отвлекаемость. Восприятие больного с умственной отсталостью относительно бедно и недостаточно полно отражает окружающее. Память этих больных также недостаточна: все новое усваивается крайне медленно и лишь после многократного повторения. Если при некоторых вариантах умственной отсталости механическая память бывает вполне удовлетворительной, то память смысловая страдает всегда. Так, при воспроизведении прочитанного текста пациент не может передать своими словами основной смысл, а стремится рассказать все дословно.

В тесной связи с недоразвитием высших форм познавательной деятельности находится недоразвитие речи больных с умственной отсталостью, что проявляется в первую

очередь в запаздывании этапов ее развития. Степень недоразвития речи в большинстве случаев коррелирует с тяжестью интеллектуального дефекта. Страдает как развитие активной речи, так и ее понимание. Отмечается ограниченный запас слов, косноязычие, пассивный словарь значительно больше активного, речь зачастую маловыразительная, фразы короткие, достаточно часто аграмматичные, характерно неправильное употребление слов по смыслу.

Эмоции больных с умственной отсталостью характеризуются тугоподвижностью. Для этих пациентов актуальными являются лишь непосредственные переживания, они неспособны реагировать на радость и горе, возможные в будущем. Типичны малая дифференцированность эмоций, их однообразие, отсутствие тонких оттенков переживаний, недостаточная способность подавлять свои эмоциональные проявления. Вместе с тем ясно выступает большая сохранность эмоциональной сферы по сравнению с глубиной интеллектуального дефекта. Так, даже при выраженной умственной отсталости нередко можно отметить у больного проявления сочувствия, стремление помочь окружающим, такие больные могут испытывать чувство обиды, стыда за свой проступок, чувство глубокой привязанности. Темперамент и характер этих пациентов тоже весьма разнообразен. Среди них можно наблюдать ласковых и послушных, злобных и агрессивных или угрюмых и мрачных субъектов; наряду со спокойными и уравновешенными, можно увидеть вялых, апатичных или излишне подвижных и суетливых больных.

Нарушения волевой сферы пациентов с умственной отсталостью находятся в большой зависимости от уровня интеллектуального недоразвития. Чем сильнее выражен интеллектуальный дефект, тем менее мотивированы поступки больного, и тем чаще они определяются только сиюминутными желаниями (эмоциями) или влечениями. В их деятельности всегда есть признаки импульсивности, поступки совершаются без той борьбы мотивов, которая имеет место у здоровых людей.

Ранее олигофрению в зависимости от степени выраженности делили на идиотию, имбецильность и дебильность (МКБ-9). Эта классификация вышла из употребления в 90-е годы прошлого века. Согласно МКБ-10 умственная отсталость делится на 4 степени.

Легкая умственная отсталость. Для легкой умственной отсталости (дебильность, раздел F70) характерна в целом относительно хорошая механическая память. В ряде случаев эти пациенты способны приобрести значительный запас сведений и элементарные навыки чтения, письма и счета. Иногда хорошая механическая память и относительно богатая по запасу слов речь могут маскировать слабость мыслительной деятельности и неспособность к образованию абстрактных понятий. Эти больные не проявляют самостоятельности и инициативы в работе (учебе), основную трудность составляет переход к мыслительным задачам, решение которых требует замены привычного способа деятельности новым и еще неизвестным. Эмоциональная и волевая стороны личности при дебильности достаточно разнообразны, однако общими чертами являются недостаточная способность к самообладанию и подавлению влечений, импульсивность на фоне повышенной внушаемости и склонности к подражательству. При правильном воспитании и обучении, осуществлении психолого-педагогической коррекции с привитием больным трудовых навыков они могут овладевать целым рядом неквалифицированных профессий, прежде всего, ручного труда, проявляют хорошую бытовую приспособленность к жизни. Таким образом, эти больные в большинстве своем обучаемы (вспомогательная программа школы) и в дальнейшем могут жить самостоятельно. В МКБ-10 при характеристике этой группы пациентов отмечается, что в целом у большинства лиц с легкой умственной отсталостью поведенческие, эмоциональные и социальные нарушения и возникающая в связи с ними потребность в терапии и поддержке гораздо больше напоминает проблемы у людей с нормальным уровнем интеллекта, чем специфические проблемы у больных с более глубокими степенями психического недоразвития.

Умеренная умственная отсталость. Больные с умеренной умственной отсталостью (легкая имбецильность, раздел F71) способны накопить некоторый запас сведений, механическая память у многих из них достаточно развита. Такие больные овладевают также и речью, хотя запас слов у них невелик, речь аграмматична, а понимание и использование речи ограничено. При умеренной умственной отсталости сознание своего «Я» более или менее развито. Многие из больных эгоцентричны, требуют к себе

повышенного внимания, проявляют радость при положительной оценке их действий и обиду, когда их ругают. При беседе с этими больными можно заметить, что на вопросы, требующие напряжения, они отвечают «не могу», «не знаю», «не хочу». Специальные образовательные программы могут дать определенные возможности для приобретения ряда основных бытовых навыков и умений, однако объем усваиваемого материала крайне низок. При достаточном моторном развитии пациенты с умеренной умственной отсталостью могут овладевать простыми видами труда, но их работа носит механический характер, они не в состоянии изменить свою деятельность согласно изменившейся обстановке, могут работать под наблюдением в лечебно-трудовых мастерских. К самостоятельной жизни эти больные не приспособлены, так как не владеют социальными навыками и нуждаются в постоянной опеке и в уходе за ними.

Тяжелая умственная отсталость. Клиническая картина тяжелой умственной отсталости (выраженная имбецильность, раздел F72) сходна, прежде всего, с симптоматикой умеренной умственной отсталости. Отмечается низкий уровень социального функционирования, что проявляется в полной невозможности усвоить элементарные школьные знания, возможно лишь формирование элементарных навыков самообслуживания. Обычно эти пациенты на протяжении всей жизни нуждаются в опеке и постоянном уходе за ними. В отличие от пациентов с умеренной умственной отсталостью, у этих больных наблюдаются выраженные расстройства моторной сферы, что также затрудняет даже их простую социальную адаптацию.

Глубокая умственная отсталость. Для больных, страдающих глубокой умственной отсталостью (идиотия, раздел F73), характерным является резкое снижение реакции на окружающее. Они либо совершенно не реагируют на все происходящее вокруг, либо дают неадекватные реакции, откликаясь на любой раздражитель, ни на одном из них не задерживаясь. Членораздельная речь отсутствует, в обращенной к ним речи больные воспринимают интонацию, но не понимают смысла. Предоставленные самим себе, многие из них остаются неподвижными, другие находятся в бесцельном постоянном движении, ползают, хватают предметы, могут быть агрессивны или

же отмечается аутоагрессия. Состояния двигательного возбуждения возникают периодически и часто без всяких видимых причин. Проявления удовольствия или неудовольствия примитивны. Соматическое благополучие, ощущение сытости приводят к благодушию и спокойствию, а чувство голода или иные неприятные ощущения выражаются в криках с выражением неудовольствия, в ажитации или других сходных проявлениях. В ответ на неизвестное может наблюдаться страх, плач. Часто отмечаются извращенные или измененные влечения: булимия или же извращения пищевого влечения, гиперсексуальность, например, сопровождающаяся упорной мастурбацией, и др. С глубоким недоразвитием всей психической деятельности коррелируют и различные, в том числе грубые, дефекты физического развития: диспластичность, деформации черепа, пороки и аномалии развития. Нередко наблюдаются и неврологические симптомы, в том числе парезы и параличи.

Психоорганический синдром – характеризуется негрубым снижением интеллекта, не достигающим уровня деменции. У больных снижается внимание, память, замедляется темп мышления. Больные испытывают затруднения в приобретении новых знаний и навыков. Снижается уровень суждений и критика. Обязательно сопровождаются нарушением эмоционально-волевой сферы.

Происходит либо нивелировка личности, либо заострение черт характера. В зависимости от того, какие преобладают эмоциональные реакции, выделяют

– астенический вариант (с преобладающим астеническим симптомокомплексом);

– взрывчатый вариант (взрывчатость, грубость, агрессивность);

– эйфорический (неадекватная веселость, беспечность),

– апатический (безразличие),

– смешанный (сочетание предыдущих).

Некоторые авторы выделяют дементный вариант психоорганического синдрома (если в нем преобладает интеллектуально-мнестическое снижение). Возможна частичная обратимость симптоматики, но чаще происходит постепенное утяжеление и развитие синдрома деменции. Характерен для

экзогенно-органических поражений головного мозга.

Умственная работоспособность

Нарушения психической деятельности психически больных людей могут иметь различный характер. Как известно, наряду с расстройствами познавательных процессов и личностных изменений могут также встречаться нарушения динамической стороны психической деятельности, которые зачастую являются следствием нарушения умственной работоспособности.

Под **работоспособностью** принято понимать потенциальную возможность индивида выполнять целесообразную деятельность на заданном уровне эффективности в течение определенного времени.

Говоря о работоспособности, выделяют **общую** (потенциальную, максимально возможную) и **фактическую работоспособность**, уровень которой всегда ниже.

Фактическая работоспособность зависит от текущего уровня здоровья человека, самочувствия, от типологических свойств нервной системы, индивидуальных особенностей функционирования психических процессов, от оценки человеком значимости и целесообразности мобилизации определенных ресурсов организма для выполнения определенной деятельности в течение заданного времени при условии нормального восстановления расходуемых ресурсов организма.

Принято выделять ряд последовательно сменяющих друг друга **фаз работоспособности**. В процессе выполнения работы человек проходит через следующие фазы:

- 1) фаза мобилизации – предстартовое состояние;
- 2) фаза вработываемости – возможны сбои, ошибки, но постепенно организм приспособливается к оптимальному режиму выполнения задания;
- 3) фаза оптимальной работоспособности (компенсации) – оптимальный режим работы, стабильные регуляторы труда;
- 4) фаза неустойчивой компенсации (субкомпенсации) – перестройка организма: необходимый уровень в работе поддерживается за счет ослабления менее важных функций;
- 5) фаза «конечного порыва» – перед окончанием работы при наличии сильного мотива к деятельности;
- 6) фаза декомпенсации – при выходе за пределы фактической работоспособности во время работы в сложных условиях после

фазы субкомпенсации наступает данная фаза, сопровождаемая прогрессирующим снижением производительности труда, появлением ошибок, выраженными вегетативными нарушениями;

7) фаза срыва – возникает при продолжении работы (резкое падение производительности, вплоть до невозможности продолжать работать, неадекватность реакций организма, обмороки);

8) фаза восстановления физиологических и психологических ресурсов организма наступает после прекращения работы.

Начиная с фазы субкомпенсации, возникает состояние утомления. Различают **физиологическое** и **психическое утомление**. Физиологическое утомление обусловлено воздействием на нервную систему продуктов разложения, освобождающихся в результате двигательной-мускульной деятельности. Психическое утомление является следствием перегруженности ЦНС. Обычно оба эти вида утомления тесно переплетены между собой, причем психическое утомление (ощущение усталости) предшествует физиологическому.

Психическое утомление разнообразно по своим проявлениям: в области *ощущений* оно проявляется в понижении чувствительности, в результате чего отдельные раздражители перестают восприниматься, а другие воспринимаются с опозданием. Также снижается способность концентрировать *внимание*, сознательно его регулировать. Нарушаются показатели *памяти*: снижается способность к запоминанию, воспоминания приобретают обрывочный характер. *Мышление* замедляется, теряет свой критический характер, гибкость. В *эмоциональной сфере* возникает безразличие, скука, состояние напряженности, возможны явления депрессии или повышенной раздраженности, наступает эмоциональная неустойчивость. Нарушаются *сенсомоторные реакции*, что проявляется в увеличении времени реакции, потере ловкости, координированности движений. Таким образом, психическое утомление имеет комплексный характер и затрагивает все стороны психической жизни человека.

В случае неполного восстановительного периода остаточные проявления утомления сохраняются. Они могут накапливаться и приводить к **хроническому переутомлению** различной степени

выраженности. В состоянии переутомления снижается длительность фазы оптимальной работоспособности, в некоторых тяжелых случаях она может полностью отсутствовать. Можно сказать, что вся работа проходит в фазе декомпенсации. В состоянии хронического переутомления в наибольшей степени страдает умственная работоспособность, что проявляется в трудностях сосредоточения, нарастании мнестических расстройств, замедленности и неадекватности мышления.

Вопросы для самоконтроля

1. Дайте определение интеллекта, опишите его виды интеллекта.
2. Какие нарушения интеллекта вы знаете?
3. Дайте определение деменции, назовите причины её возникновения, опишите виды деменции.
4. Дайте определение умственной отсталости, назовите её причины, опишите виды умственной отсталости.
5. Дайте определение психоорганического синдрома, назовите его причины, опишите виды психоорганического синдрома.
6. Раскройте методы исследования интеллекта.
7. Определение, виды и фазы работоспособности.
8. Состояние утомления, признаки, классификация. Хроническое переутомление.

2.6. Нарушения эмоций

Психологическая характеристика эмоций

Эмоции – (от лат. возбуждать, волновать) – реакции на внешний раздражитель в виде субъективно окрашенных переживаний индивида, отражающих значимость для него воздействующего раздражителя или результата собственного действия (удовольствие, неудовольствие).

Настроение – длительное, стойкое эмоциональное состояние, окрашивающее все психические процессы на протяжении часов и дней. При этом эмоциональный фон может быть, как положительный, так и отрицательный.

Аффект – кратковременная, бурная эмоция, которая сопровождается не только эмоциональной реакцией, но и возбуждением всей психической деятельности.

Физиологический аффект возникает при действии сильных раздражителей, характеризуется некоторой односторонностью мышления, бурной двигательной реакцией, которые, однако, находятся под контролем сознания (человек сохраняет способность отдавать отчет в своих действиях и управлять ими). Физиологический аффект характеризуется «тунельным» суженным сознанием. В судебной практике признается временным болезненным расстройством психической деятельности.

Патологический аффект возникает в ответ на внешне незначительный повод, характеризуется бурной, эмоциональной реакцией с помрачением сознания (сумеречное состояние сознания), двигательным возбуждением с разрушительными действиями, резкой вегетативной реакцией. Характерен последующий сон и амнезия событий, имевших место в период аффекта. Может возникнуть у астенизированных людей, но чаще отмечается у возбудимых психопатов, у больных, перенесших травмы черепа, страдающих церебральным атеросклерозом, гипертонией и пр.

Классификация нарушений эмоций

I. Нарушение силы эмоций:

1. Патологическое усиление эмоций:

- гипертимия;
- эйфория;
- гипотимия;
- экстаз;
- депрессия;
- тревога;
- гневливость.

2. Патологическое ослабление эмоций:

- паралич эмоций;
- апатия;
- эмоциональное уплощение;
- эмоциональная тупость.

II. Нарушение подвижности эмоций:

- слабодушие (недержание эмоций);

- лабильность;
- инертность (застреваемость) эмоциональных переживаний;
- эксплозивность.

III. Нарушение адекватности эмоций:

- неадекватность;
- амбивалентность;
- фобии;
- дисфории;
- дистимии;
- патологический аффект.

IV. Синдромы нарушений эмоций:

- депрессивный (меланхолический) синдром;
- маниакальный синдром;
- генерализованное тревожное расстройство;
- паническое расстройство;
- фобические расстройства.

Гипертимия – веселое, радостное настроение, сопровождающееся приливом бодрости, прекрасным физическим самочувствием, легкостью в решении проблем. Сопровождается живой, быстро меняющейся мимикой, отражающей картину быстро появляющихся и исчезающих эмоций.

Эйфория – патологически повышенное настроение, нередко возникает вне связи с окружающей действительностью, физическим состоянием самого больного. Обычно отмечается при маниакальных состояниях, а также некоторых тяжелых заболеваниях (туберкулез, болезни сердца). При органических процессах нередко эйфория имеет нелепый, дурашливый характер (мореподобное состояние). Входит в структуру маниакальных, маниакально-бредовых, онейроидного, парафренного синдромов, алкогольного, наркотического и токсического опьянения.

Мория – характерно сочетание подъема настроения с расторможенностью влечений, дурашливостью, плоскими нелепыми шутками, иногда на фоне снижения уровня сознания. Наблюдается чаще при поражении лобных долей мозга.

Гипотимия – сниженное настроение, переживание подавленности, тоски, безысходности. Внимание фиксировано только на отрицательных событиях, настоящее, прошлое и будущее воспринимаются только в мрачных тонах.

Депрессия – патологически подавленное, меланхолическое, тоскливое настроение, глубокая печаль, уныние. Нередко сопровождается различными физическими тягостными ощущениями, чувством стеснения тяжестью в области сердца (предсердечная тоска). Наблюдается при депрессивной фазе биполярного расстройства, пресенильном психозе, реактивных психозах. В ряде случаев больные утрачивают чувства (**психическая анестезия**), становятся безразличными к людям и событиям, которые раньше вызывали у них выраженные эмоции. Такое отсутствие привычных эмоций вызывает мучительное чувство опустошенности, тяжело переживается больными, вызывает у них подавленное настроение. Болезненная анестезия наблюдается при биполярном расстройстве, инволюционной депрессии. Иногда мучительное чувство безысходной тоски сопровождается двигательным возбуждением (ажитированная депрессия или меланхолический раптус).

Тревога – переживание внутреннего беспокойства, ожидание неприятности, беды, катастрофы. Чувство тревоги может сопровождаться двигательным беспокойством, вегетативными реакциями. Тревога может перерасти в панику, при которой больные мечутся, не находят себе места или застывают в ужасе, ожидая катастрофу. Входит в структуру невротических, тревожно-депрессивных, острых бредовых, аффективно-бредовых синдромов и синдромов помрачения сознания.

Гневливость – высшая степень раздражительности на фоне приподнятого настроения с недовольством окружающими, склонностью к агрессии, разрушительным действиям. Входит в структуру гневливой мании, сумеречных состояний сознания, психоорганического синдрома.

Апатия – ослабление эмоций, безучастность и безразличие к окружающему и своему поведению. Больные не интересуются окружающим, не высказывают никаких желаний. Обычно сочетается с резким падением психической, волевой активности. Может наблюдаться при шизофрении, интоксикациях, после травм черепа, инфекционных заболеваний.

Эмоциональное уплощение – утрата тонких дифференцированных эмоциональных реакций: исчезает деликатность, способность сопереживать. Больные становятся

назойливыми, бесцеремонными. Наблюдается при шизофрении.

Эмоциональная тупость – стойкое и полное безразличие, особенно к страданиям других людей. Ослабление эмоциональных проявлений касается как высших, так и низших эмоций, связанных с инстинктами. Такие больные равнодушны к болезни, они не переживают по поводу болезни и смерти родителей, детей. Характерна для шизофрении.

Паралич эмоций – чувство полной опустошенности, безразличия, возникающее при действии внезапных тяжелых психических травм. Обычно носит кратковременный характер.

Лабильность эмоций – легкая смена эмоций, быстрый переход от одной эмоции к другой, сочетается со значительной выраженностью эмоциональных реакций. Обычно наблюдается при расстройствах личности, органических поражениях головного мозга.

Слабодушие, эмоциональная слабость – проявляется неустойчивостью настроения с «недержанием» эмоций, когда ослабевает способность человека управлять своими чувствами. Особенно трудно больным сдерживать слезы в минуты умиления, сентиментального настроения. Колебания настроения, переход от отрицательных к положительным эмоциям и наоборот совершается под влиянием незначительных поводов, что свидетельствует о повышенной эмоциональной чувствительности. Наблюдается при состоянии астении, в период реконвалесценции после соматических болезней, черепно-мозговых травм, в начальной стадии сифилиса мозга, прогрессивного паралича, но особенно часто встречается при церебральном атеросклерозе.

Тугоподвижность (инертность, ригидность) эмоций – характеризуется длительным застреванием на одной эмоции, повод для которой уже исчез. Входит в структуру эпилептических изменений личности, психоорганического синдрома.

Эксплозивность (англ. explosive – вспыльчивость) – недержание аффекта раздражения и злости. Обнаруживается при дисфориях и выражается сильными, неадекватными по поводу, их вызвавшему, эмоциональными, а иногда и двигательными реакциями.

Неадекватность эмоций – несоответствие эмоциональных реакций внешним ситуациям, их вызвавшим, или высказываниям

самого больного. Чаще всего наблюдается при шизофрении.

Амбивалентность – возникновение к одному и тому же объекту одновременно двух противоположных чувств (например, любви и ненависти). Обычно наблюдается при шизофрении.

Фобии – навязчивые страхи, характеризующиеся критическим отношением больного к ним, стремлением от них избавиться (например, навязчивый страх высоты, открытого пространства, страх заражения и пр.). Чаще наблюдается при обсессивно-компульсивном расстройстве, других невротических состояниях, ананкастном, тревожном, зависимом расстройствах личности, невротоподобных состояниях шизофрении.

Разновидности навязчивых страхов (фобий):

- агорафобия – навязчивая боязнь площадей, широких улиц;
- аэрофобия – навязчивый страх движущегося воздуха;
- акарофобия – навязчивый страх заболеть чесоткой;
- алгофобия – навязчивый страх боли;
- астрофобия – навязчивый страх грома, молнии;
- вертигофобия – навязчивый страх головокружения;
- vomitofобия – навязчивый страх рвоты;
- гематофобия – навязчивый страх крови;
- гидрофобия – навязчивый страх воды;
- гинекофобия – навязчивый страх женщин;
- клаустрофобия – навязчивый страх тесноты, маленьких помещений;
- никтофобия – навязчивый страх темноты;
- нозофобия – навязчивая боязнь болезни;
- канцерофобия – навязчивый страх заболеть раковой опухолью;
- сифилофобия – навязчивый страх заболеть сифилисом;
- спидофобия – навязчивый страх заболеть СПИДОМ;
- радиофобия – навязчивый страх заболеть болезнью, связанной с воздействием радиации;
- оксифобия – навязчивая боязнь острых предметов;
- октофобия – навязчивый страх пищи;
- танатофобия – навязчивый страх смерти;
- фобофобия – навязчивый страх страха.

Дистимия – это кратковременное (в течение нескольких часов или дней) снижение настроения тревожно-тоскливого

характера без внешнего повода.

Дисфория – внезапно возникающее, немотивированное расстройство эмоций, характеризующееся напряженным тоскливо-злобным настроением с выраженной раздражительностью и склонностью к агрессии. Наиболее часто отмечается при эпилепсии, наблюдается также при органических заболеваниях нервной системы, эмоционально-неустойчивом расстройстве личности.

Нарушения эмоций сопровождаются изменениями мимики, пантомимики и выразительных движений.

Синдромы эмоциональных расстройств

Наиболее частыми являются синдромы депрессивный и маниакальный, для которых характерна триада, состоящая из расстройств настроения, двигательных нарушений и изменений течения ассоциативных процессов. Дополнительными симптомами являются нарушения внимания, сна аппетита.

Депрессивный синдром. Депрессивный синдром характеризуется депрессивной триадой: 1) подавленным, грустным, тоскливым настроением; 2) замедлением мышления и 3) двигательной заторможенностью. Выраженность указанных расстройств различна. Диапазон гипотимических расстройств велик – от легкой подавленности, грусти до глубокой тоски, при которой больные испытывают тяжесть, боль в груди, бесперспективность, никчемность существования. Все воспринимается в мрачных красках – настоящее, будущее, прошлое. Тоска в ряде случаев воспринимается не только как душевная боль, но и как тягостное физическое ощущение в области сердца, в груди «предсердечная тоска».

Замедление ассоциативного процесса проявляется в обеднении мышления, мыслей мало, они текут медленно, прикованы к неприятным событиям: болезни, идеям самообвинения. Никакие приятные события не могут изменить направленности мыслей. Ответы на вопросы у таких больных носят односложный характер, между вопросом и ответом часто длительные паузы.

Двигательная заторможенность проявляется в замедлении движений речи, речь тихая, медленная, мимика скорбная, движения замедлены, однообразны, больные подолгу могут оставаться в

одной позе. В ряде случаев двигательная заторможенность достигает полной обездвиженности (депрессивный ступор).

Для психотического варианта депрессивного синдрома характерны бредовые идеи самообвинения, самоуничужения, греховности, виновности, которые тоже могут приводить к мысли о самоубийстве.

Депрессивный синдром обычно сопровождается выраженными вегетативно-соматическими нарушениями: тахикардией, неприятными ощущениями в области сердца, колебаниями артериального давления с тенденцией к гипертензии, нарушениями со стороны желудочно-кишечного тракта, потерей аппетита, снижением массы тела, упорными запорами, эндокринными расстройствами.

В последние годы нередко врачи обнаруживают у больных так называемые «скрытые», «маскированные» депрессии, при которых эмоциональный компонент депрессивного синдрома выражен незначительно, а превалируют сомато-вегетативные нарушения.

«Маски депрессии» могут иметь различные клинические формы:

1. **«Маски» в форме психопатологических расстройств:** тревожно-фобические (генерализованное тревожное расстройство, тревожные сомнения, панические атаки, агорафобия), обсессивно-компульсивные, ипохондрические, неврастенические.

2. **«Маски» в форме нарушения биологического ритма:** бессонница, гиперсомния.

3. **«Маски» в форме вегетативных, соматизированных и эндокринных расстройств:** синдром вегетососудистой дистонии, головокружение, функциональные нарушения внутренних органов (синдром гипервентиляции, кардионевроз, синдром раздраженной толстой кишки и др.) нейродермит, кожный зуд, анорексия, булимия, импотенция, нарушения менструального цикла.

4. **«Маски» в форме алгий:** цефалгии, кардиалгии, абдоминалгии, фибромиалгии, невралгии (тройничного, лицевого нервов, межреберная невралгия, пояснично-крестцовый радикулит), спондилоалгии, псевдоревматические арталгии.

5. **«Маски» в форме патохарактерологических расстройств:** расстройства влечений (дипсомания, наркомания,

токсикомания), антисоциальное поведение (импульсивность, конфликтность, вспышки агрессии), истерические реакции.

При диагностике «скрытых депрессий» необходимо учитывать следующие их признаки:

1. Субъективно неприятные переживания наиболее выражены утром.

2. Полиморфизм, неопределенность, обилие упорных сомато-вегетативных жалоб, не укладывающихся в рамки определенной болезни.

3. Расстройство витальных функций (сна, аппетита, месячных, потенции, потеря веса).

4. Периодичность расстройств, спонтанность их возникновения и исчезновения.

5. Сезонность – чаще весной и осенью.

6. При применении различных методов исследования не выявляется конкретного соматического заболевания.

7. Отсутствие эффекта от соматической терапии.

8. Больной длительно, упорно и безрезультатно лечится у врачей различных специальностей, и, несмотря на неудачи в лечении, упорно продолжая посещать врачей.

Наблюдается маскированная депрессия в различных вариантах при депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза, пресенильных и реактивных депрессиях, шизофрении, соматогенных психозах (в сочетании с астенией, тревогой, тоской).

Маниакальный синдром. Характерна маниакальная триада: 1) болезненно повышенное настроение; 2) ускорение ассоциативных процессов; 3) двигательное возбуждение.

Для маниакального синдрома характерна отвлекаемость, в связи с чем, больные не могут довести начатое дело до конца, последовательно сообщить о себе анамнестические сведения. Несмотря на то, что больной говорит без умолку и охотно беседует, беседа эта непродуктивна, так как больной отвлекается на различные внешние события или возникающие у него ассоциации. Эти ассоциации носят обычно поверхностный характер.

Больные в маниакальном состоянии обычно не предъявляют соматических жалоб, они испытывают не только «душевный подъем», но и прилив физических сил. В этом состоянии они склонны переоценивают свои способности и возможности.

Половое влечение бывает усилено, больные легко вступают в контакты, заводят сексуальные связи, женятся, дают необоснованные обещания.

Легкие варианты маниакальных состояний принято называть гипоманиями.

Различные варианты маниакального синдрома встречаются при биполярном расстройстве, а также шизоаффективном расстройстве, затяжных симптоматических психозах, после черепно-мозговых травм, при прогрессивном параличе, при острых интоксикациях.

Генерализованное тревожное расстройство проявляется жалобами на внутреннее напряжение, тревогу, предчувствие грядущей беды, не связанные с какими-то определенными обстоятельствами. Характерны беспокойство и непоседливость, трудности сосредоточения, мышечное напряжение, дрожь, разнообразные вегетативные нарушения.

Паническое расстройство – эпизодическая пароксизмальная тревога, возникающая внезапно, приступы мучительной тревоги со страхами (смерти, потери контроля, падения, сумасшествия), выраженными вегетативными расстройствами (ощущением нехватки воздуха, тахикардией, повышением артериального давления, подташниванием, позывами к дефекации и\или мочеиспусканию, чувством онемения конечностей, жара или холода, холодным потом).

Фобические расстройства – периодически возникающие приступы страха, имеющего конкретно-чувственное содержание: внезапную остановку сердца, потерю сознания, несчастный случай и пр., в которых проявляется психологическая защита от неосознаваемого больным конфликта личности. Приступы бывают приурочены к определенной ситуации: пребывание в одиночестве, в замкнутом пространстве, в толпе народа, при переходе улицы, при поездке в общественном транспорте. Сопровождаются вегетативными симптомами. **Социальные фобии** связаны с боязнью попасть в неловкую ситуацию перед другими людьми: покраснеть, показаться смешным, в связи с чем, больной избегает многолюдных мест, публичных выступлений и т.д.

Методы исследования эмоций

Учитывается субъективный отчет больного о его настроении,

наблюдение за его мимикой и пантомимикой, состояние вегетативных функций. Следует обратить внимание на качество сна, аппетита, величину зрачков, влажностью кожи и слизистых, частоту пульса, величину артериального давления.

Кроме клинического обследования, используются экспериментально-психологические методы (ТАТ, метод Роршаха, Розенцвейга и др.).

Вопросы для самоконтроля

1. Опишите симптомы нарушений силы эмоций.
2. Опишите симптомы нарушений подвижности эмоций.
3. Опишите симптомы нарушений адекватности эмоций.
4. Опишите синдромы нарушений эмоций.
5. Назовите методы исследования эмоций.

2.7. Нарушения эффекторно-волевой сферы

Эффекторно-волевая сфера – сложная психическая функция, осуществляющая целенаправленную деятельность человека в соответствии с определенными мотивами, обусловленными внутренними потребностями и требованиями окружающей среды.

Эффекторно-волевая сфера состоит из двух основных компонентов:

а) **эффекторного, или двигательного** (простые и сложные движения, действия и поступки)

б) **волевого** (способность к сознательному и целенаправленному регулированию человеком своей деятельности и поступков).

Побудительным мотивом к эффекторно-волевой деятельности у человека являются потребности: низшие, инстинктивные в виде потребности в пище и т.п. (инстинктивные влечения – пищевое, половое, самосохранения), и высшие, социально-обусловленные в виде потребности в труде, самосовершенствовании и т.д. (высшие влечения).

Классификация целенаправленной деятельности

1. Произвольные, или сложные волевые действия.

2. Автоматизированные действия.

Классификация инстинктивных влечений (инстинктов)

1. Пищевой.

2. Половой.

3. Самосохранения.

Инстинкт – это сложнейший цепной безусловный рефлекс, направленный на удовлетворение биологических потребностей организма (пищевых, половых, самосохранения). Он может включать более простые движения, имеющие произвольный характер.

Произвольные действия – осознанные, целенаправленные волевые действия, основанные на прошлом опыте и направленные на приспособление человека к окружающей среде, на достижение сознательно поставленной цели.

Автоматизированные действия – простые и сложные двигательные акты, произвольные по происхождению, но в процессе тренировки, приобретшие автоматизированный, не контролируемый сознанием характер.

Расстройства эффекторно-волевой сферы

Расстройства эффекторно-волевой сферы в виде патологического усиления, ослабления или извращения отдельных ее компонентов (двигательных и волевых) могут проявляться не только в нарушениях отдельных двигательных функций, но и сложных поведенческих реакций, основанных на инстинктивных и высших влечениях.

Классификация эффекторно-волевых расстройств

I. Расстройства влечений

1. Расстройства пищевого влечения:

– усиление (булимия, полифагия);

– ослабление (анорексия);

– полидипсия;

– извращение (парорексия).

2. Расстройства инстинкта самосохранения:

– усиление;

– ослабление;

– извращения.

3. Расстройства половых влечений:

– усиление (гиперсексуальность – сатириазис, нимфомания);

- ослабление (гипосексуальность, фригидность);
- извращение (нарциссизм; эксгибиционизм; вуайеризм; транссексуализм; трансвестизм; онанизм; фетишизм; садизм; мазохизм; педофилия; геронтофилия; гомосексуализм и др.).

4. Навязчивые действия.

5. Насильственные действия.

6. Импульсивные действия.

II. Расстройства волевых побуждений:

1. Гипербулия.

2. Гипобулия.

3. Абулия.

4. Парабулии.

5. Амбигенность.

III. Психомоторные расстройства

1. Симптомы с затруднением двигательной активности:

- каталепсия;

- симптом капюшона;

- пассивно-подчиняемое состояние;

- негативизм;

- мутизм;

- специфические расстройства развития школьных навыков.

2. Симптомы с возбуждением и неадекватностью двигательной активности:

- гиперкинетические расстройства;

- импульсивность;

- стереотипии;

- эхопраксия;

- вербигерация;

- миморечь.

IV. Синдромы двигательных расстройств

1. Ступор:

- кататонический;

- депрессивный;

- апатический;

- психогенный.

2. Возбуждение:

- кататоническое;

- маниакальное;

- гебефреническое;
- галлюцинаторно-бредовое;
- при расстройствах сознания.

3. Кататонический синдром.

4. Гебефренический синдром.

5. Апатико-абулический синдром.

Булímия и полифагия – результат болезненного усиления пищевого инстинкта (влечения), характеризующийся постоянным непреодолимым сильным влечением к пище, прожорливостью и отсутствием чувства насыщения. Наблюдается при органических поражениях головного мозга, эндокринных нарушениях.

Анорексия – болезненное угнетение пищевого инстинкта (влечения), выражающееся в отсутствии аппетита или отвращении к пище. Может иметь психогенное происхождение (психогенная анорексия). Следует дифференцировать с отказом от пищи из-за галлюцинаций или по бредовым мотивам. Анорексия наблюдается при депрессивных, тяжелых астенических состояниях и при ряде эндокринных расстройств.

Полидипсия – неукротимая жажда, повышенное потребление жидкости. Характерна для эндокринных заболеваний.

Извращение пищевого инстинкта (влечения) – выражается в поедании несъедобных веществ (земли, известки, кала и т.п.). Наблюдается преимущественно при шизофрении, органических поражениях головного мозга.

Усиление инстинкта самосохранения – может проявляться, в основном, в двух противоположных фазах: а) пассивно-оборонительной (стремление к уходу от опасных и сложных ситуаций, от ответственных решений, робость, нерешительность, трусливость, реакции «мнимой смерти» и т.п.) и б) активно-оборонительной (реакции протеста, различные виды агрессии).

Ослабление инстинкта самосохранения – проявляется в снижении интереса, безразличии к своей жизни и суицидных поступках. Наблюдается при психопатии, психогенных заболеваниях, шизофрении, депрессивных состояниях и др.

Извращение инстинкта самосохранения – проявляется в актах самоистязания, нанесении себе различных увечий, проглатывании металлических и других предметов и т.п. Наблюдается при шизофрении, органических поражениях

головного мозга, расстройствах личности и т.п.

Гиперсексуальность – повышение сексуального влечения с соответствующим поведением, иногда приобретающим характер сексуальной распущенности (у мужчин – сатириазис, у женщин – нимфомания).

Гипосексуальность – понижение сексуального влечения (у мужчин – импотенция, у женщин – фригидность) с отсутствием сексуальных чувств к лицам противоположного пола. Может быть различного происхождения (психогенного и эндокринно-органического).

Сексуальные перверзии (извращения) – нарушения полового инстинкта, проявляющиеся в извращении направленности или форм его проявления. Наблюдается при олигофрении, деменциях, расстройствах личности и ряде других болезненных состояний, нередко их проявления приводят к сексуальным правонарушениям.

Разновидности сексуальных извращений:

– **нарциссизм** – получение полового удовлетворения посредством самолюбования, любования собственным обнаженным телом;

– **эксгибиционизм** – получение полового удовлетворения путем обнажения своих половых органов и иногда мастурбации в присутствии лиц противоположного пола;

– **онанизм (мастурбация)** – половое самоудовлетворение посредством мастурбации (раздражения своих половых органов);

– **фетишизм** – получение полового удовлетворения путем любования фетишем (предметом туалета особ противоположного пола и т.п.), иногда в совокупности с мастурбацией;

– **садизм** – получение полового удовлетворения при истязании полового партнера;

– **мазохизм** – противоположное явление (половое удовлетворение при получении болевых раздражений со стороны партнера);

– **педофилия** – половое влечение (и удовлетворение его) к детям, **геронтофилия** – то же по отношению к старикам, **некрофилия** – влечение к трупам, **зоофилия** – к животным;

– **гомосексуализм** – влечение и удовлетворение его с лицами того же пола;

– **транссексуализм** – нарушение половой идентификации, постоянное ощущение неадекватности своего пола и активное стремление его изменить;

– **транвестизм** – патологическое стойкое стремление носить одежду, прическу, играть роль человека другого пола, при этом нет стремления к анатомическому изменению своего пола, желания избавиться от первичных и вторичных половых признаков;

– **вуайеризм** – влечение к разглядыванию чужих половых органов и подсматривание за половыми сношениями между другими.

Навязчивые действия и влечения – внезапно появляющиеся влечения и действия, чуждые содержанию сознания в данный момент, с критическим отношением к ним и стремлением от них избавиться. Часто имеют контрастный характер, то есть проявляются в стремлении осуществить то, что в данный момент недопустимо. Входят в структуру синдрома навязчивых состояний. Отмечаются при обсессивно-компульсивном расстройстве, ананкастном расстройстве личности, церебральном атеросклерозе, шизофрении.

Насильственные действия – движения или поступки, возникающие помимо воли, независимо от личности; осуществляются без борьбы мотивов, с чувством их насильственности, чуждости.

Импульсивные действия – внезапные, внешне не мотивированные, неосмысленные действия и поступки. К ним относятся:

– **дромомания** – периодически возникающее стремление к перемене мест, к бродяжничеству;

– **клептомания** – периодическое влечение к немотивированному воровству, хищению;

– **пиромания** – неотвратимое стремление к поджогам;

– **лудиомания** – патологическая склонность к азартным играм;

– **трихотилломания** – патологическое стремление к вырыванию собственных волос;

– **дипсомания** – неудержимое влечение к спиртным напиткам;

– **наркомания** – неукротимое влечение к наркотикам.

Парабулия – извращение волевой активности, сопровождающееся соответствующей деятельностью, негативизмом, импульсивностью, вычурностью в связи с имеющимися у больного психотическими симптомами: бредом, галлюцинациями и др.

Амбигентность – двоякая, противоречивая реакция на один раздражитель, двойственность поступков, действий, движений.

Гипербулия – патологически усиленное стремление к деятельности (общее – при гипоманиакальных и маниакальных состояниях, одностороннее – у наркоманов, при параноидных и паранойяльных состояниях).

Гипобулия и абулия – болезненное снижение или полное отсутствие побуждения к деятельности. Наблюдается при апатико-абулическом синдроме различного генеза (при шизофрении, тяжелых травмах и т.д.).

Каталепсия (восковая гибкость) – повышение мышечного тонуса, создающее способность длительное время сохранять приданную позу.

Симптом капюшона – больной лежит или сидит неподвижно, натянув на голову халат, простынь, оставив открытым лицо.

Пассивная подчиняемость – при обычном тонусе мышц больной не сопротивляется изменениям положения его тела, позы, конечностей.

Негативизм – сопротивление больного просьбам окружающих. При *пассивном* негативизме больной просто не выполняет инструкцию, при *активном* – совершает действие, противоположное инструкции.

Мутизм – отсутствие речи при сохранности речевого аппарата.

Дислексия – трудности в узнавании слов и понимании написанной речи.

Дисграфия – изолированное расстройство правописания.

Дискалькулия, акалькулия – трудности в выполнении простейших арифметических операций, в использовании математических терминов, распознавании цифр, математических

символов.

Диспраксия (апраксия) – расстройство развития двигательных функций (неловкость, неуклюжесть движений, тонкой моторики, трудно застегивать одежду, брать и не ронять предметы, дети часто падают при ходьбе).

Гиперкинетические расстройства – встречаются чаще у мальчиков в препубертатном возрасте. Основные признаки:

1) нарушение внимания (не в состоянии выполнять любое задание без ошибок, довести начатую работу до конца, организовать свою работу, выслушать замечания старших, избегают работы требующей усидчивости);

2) гиперреактивность (машут руками, ногами, часто вертятся на сидениях, подолгу не могут оставаться на одном месте, бегают, шумят, не реагируют на замечания);

3) импульсивность – проявляется в нарушении дисциплины, так как ребенок не в состоянии предвидеть последствия своих поступков. Дети часто агрессивны. Отвечают на вопрос, не дослушав его, не могут дождаться своей очереди в играх, вмешиваются в разговор или игру других детей, излишне многословны, непослушны.

Стереотипия – многократное повторение одних и тех же движений.

Эхопраксия – повторение жестов, движений окружающих.

Эхолалия – повторение слов и фраз окружающих.

Вербигерация – повторение одних и тех же слов.

Миморечь – ответы больного не соответствуют по смыслу задаваемым вопросам.

Психомоторное возбуждение – состояние патологического двигательного возбуждения, сопровождающееся расстройствами мышления, эмоций и других психических функций. **Виды психомоторного возбуждения.**

Маниакальное возбуждение – повышенная двигательная активность, стремление к деятельности, сопровождающееся эйфорией, ускоренным, поверхностным мышлением. Деятельность и мышление непродуктивны из-за неустойчивости внимания. Характерно для маниакального синдрома.

Психогенное возбуждение – повышенная двигательная активность с тревогой, паникой вследствие внезапной сильной или

запредельной психотравмы (землетрясение, боевые действия). Может сопровождаться аффективно суженным сознанием.

Галлюцинаторно-бредовое возбуждение – повышенная двигательная активность вследствие загруженности галлюцинаторно-бредовыми переживаниями, как правило, со стремлением спрятаться, убежать или напасть, причинить вред.

Гебефреническое возбуждение – повышенная двигательная активность в виде нецеленаправленных, вычурных, нелепых движений в сочетании с дурашливостью и разорванностью мышления (гебефренический синдром). Наблюдается преимущественно при шизофрении.

Кататоническое возбуждение – бессмысленные, нецеленаправленные движения, иногда импульсивное возбуждение с немотивированной агрессией; сопровождается стереотипиями (стереотипными «гиперкинезами»), эхопраксиями (повторениями движений окружающих), эхολалиями (повторениями слов окружающих) и амбитендентностью (двойственностью поступков, действий, движений). Наблюдается преимущественно при шизофрении.

Психомоторное возбуждение при состояниях нарушенного сознания – состояния повышенной двигательной активности, имеющей характер:

1) сложных автоматических и инстинктивных движений (при трансе и сомнамбулизме);

2) сложных действий и поступков, определяемых галлюцинаторными и бредовыми переживаниями (при делириозных и других синдромах);

3) хаотического подкоркового возбуждения (при глубоком помрачении сознания).

Психомоторная заторможенность – состояние патологической двигательной заторможенности с замедлением темпа течения всех психических функций (мышления, речи и др.). Входит в структуру депрессивного, апатико-абулического и астенического синдромов.

Ступор – состояние обездвиженности, возникающее в результате торможения двигательных функций. **Виды ступора:**

Кататонический ступор – полная или частичная обездвиженность, сопровождающаяся пассивным или активным

негативизмом, мутизмом. В некоторых случаях больные сохраняют приданную позу (восковая гибкость, каталепсия), длительно удерживают голову над подушкой («воздушная подушка»). Входит в структуру кататонического синдрома, чаще встречается при шизофрении.

Депрессивный ступор – состояние обездвиженности, сопровождающееся замедлением речи, чувством тоски, иногда тревоги и страха, застывшей страдальческой мимикой, идеями самообвинения и самоуничтожения. Входит в структуру депрессивного синдрома.

Апатический ступор – состояние обездвиженности, связанное с эмоциональной тупостью, полным безразличием, наблюдающееся при органических заболеваниях головного мозга (поражении лобных долей), при некоторых формах шизофрении.

Психогенный ступор – общая обездвиженность, вплоть до полного оцепенения, возникающая при сильных внезапных психических травмах (катастрофы, стихийные бедствия и т.д.).

Апатико-абулический синдром – сочетание равнодушия, безразличия (апатии) и отсутствия или ослабления побуждений к деятельности (абулии). Наблюдается при истощающих соматических заболеваниях, после черепно-мозговых травм, при интоксикациях, шизофрении.

Кататонический синдром – проявляется в виде кататонического возбуждения или кататонического ступора. Может возникать смена этих состояний. Наблюдается при шизофрении.

Гебефренический синдром – сочетание гебефренического возбуждения с дурашливостью и разорванностью мышления. Наблюдается при шизофрении.

Вопросы для самоконтроля

1. Раскройте понятие эффекторно-волевая сфера, классификацию расстройств эффекторно-волевой сферы.
2. Опишите расстройства пищевого, полового влечения, инстинкта самосохранения.
3. Опишите расстройства волевых побуждений.
4. Опишите симптомы психомоторных расстройств.

5. Опишите синдромы психомоторных расстройств.

2.8. Нарушения сознания

Сознание – интегративная сфера психической деятельности, высшая форма отражения объективной действительности, продукт длительного исторического развития, характерный только для человека.

С возникновением сознания у человека появилась способность выделять себя из природы, познавать её и овладевать ею. Сознание осуществляется посредством языка, слов, образующих вторую сигнальную систему. Индивидуальное сознание формируется в процессе усвоения человеком общественно выработанных представлений, понятий и норм.

Следует отметить, что существуют физиологические изменения сознания, которые возникают при утомлении, во время сна, при эмоционально-стрессовых ситуациях.

Утомление – состояние усталости, которое появляется вследствие физических либо психических перегрузок и сопровождается повышением порога возбуждения. Внешне такой человек выглядит заторможенным, реакции на раздражители замедленные, речь бедная, ответы после паузы односложные. Отмечается затруднение процесса запоминания, внимание трудно привлекаемое, темп мышления замедлен, мимика невыразительная, человек апатичен. Состояние утомления исчезает спонтанно после отдыха и сна. Воспоминания об этом состоянии фрагментарные, обычно только о наиболее сильных раздражителях.

Сон со сновидениями – это нормальное физиологическое состояние человека и животных, необходимое им так же, как и еда, проявление инстинкта самосохранения. Сон представляет собой функциональное состояние мозга и всего организма, характеризуется неполным торможением психической деятельности и снижением активного взаимодействия с окружающей средой.

Аффективно-суженное сознание или **физиологический аффект** – это не выходящее за пределы нормы эмоциональное состояние, представляющее собой кратковременную, стремительно и бурно протекающую эмоциональную взрывную реакцию,

сопровождающуюся резкими изменениями психической деятельности, в том числе и сознания, выраженными вегетативными и двигательными проявлениями. Физиологический аффект является для личности чрезвычайной реакцией на исключительные обстоятельства, происходит изменение психической деятельности в виде фрагментарности восприятия, сужения и концентрации сознания на психотравмирующем объекте, резко снижается интеллектуальный и волевой контроль, нарушается способность к прогнозу возможных последствий своих действий.

Ясным сознанием считается состояние, в котором субъект способен ориентироваться в собственной личности, месте, времени, ситуации, окружающих лицах и при этом у него нет нарушений ни в одной из психических сфер.

Трудность клинического определения «помрачение сознания» связана с тем обстоятельством, что данный термин объединяет самые различные по своим особенностям синдромы. Об этом говорил в своих лекциях П.Б. Ганнушкин: «Синдром этот почти не поддается описанию. Легче всего охарактеризовать его отрицательным признаком – неспособностью правильно оценивать окружающее». В то же время всем синдромам помрачения сознания свойственен ряд общих признаков:

– Отрешенность от окружающего мира. Реальный мир, происходящие в нем события, изменения не привлекают внимания пациента, а если и воспринимаются им, то лишь фрагментарно, непоследовательно. Возможность осознания и понимания явлений окружающей жизни ослаблена, а порой полностью утрачена.

– Дезориентировка в собственной личности, в месте, времени, ситуации, окружающих лицах. Алло- и аутопсихическая дезориентировка, являясь одним из ведущих симптомов при любом нарушении сознания, имеет при каждом из них характерные особенности структуры, выраженности и развития.

– Мышление резко расстраивается, речь становится фрагментарной, непоследовательной, бессвязной.

– Отмечаются расстройства памяти. После выхода из состояния нарушенного сознания воспоминания всегда неполные, фрагментарные, непоследовательные, в ряде случаев отсутствуют вовсе.

Классификация расстройств сознания:

1. Непсихотические (непродуктивные) формы (выключение сознания):

- обнубиляция;
- сомноленция;
- сопор;
- кома.

2. Психотические (продуктивные) формы:

- делириозный синдром;
- онейроидный синдром;
- аментивный синдром;
- сумеречное расстройство сознания.

Выключения сознания – тотальное нарушение отражения, которое сопровождается одномоментным или постепенным уменьшением, а иногда и полным исчезновением объема и глубины всей психической деятельности. Сначала суживается и постепенно уменьшается познавательная способность, нарушается логика, затем присоединяется и углубляется нарушение чувственно-образного отражения окружающей действительности. Вслед за этим угасает условно-рефлекторная деятельность организма. В последнюю очередь нарушается безусловно-рефлекторное функционирование организма, обеспечивающее основные жизненные функции, по мере их угасания наступает смерть.

В зависимости от степени глубины понижения ясности сознания выделяют следующие **стадии выключения сознания:**

Обнубиляция – характеризуется мерцанием ясности сознания. Реакции больных, и в первую очередь речевые, замедлены, появляется рассеянность, невнимательность, ошибки в ответах. Отмечается беспечность настроения. Такие больные напоминают человека в состоянии легкого алкогольного опьянения.

Сомнолентность – более глубокая степень выключения сознания, состояние полусна, во время которого больной лежит с закрытыми глазами большую часть времени. Фразовая речь отсутствует, но на простые вопросы больные могут односложно отвечать. Более сложные вопросы не осмысливаются. Выражена адинамия.

Сопор – патологический сон. Больной лежит неподвижно, глаза закрыты, лицо амимично. Словесный контакт с больным невозможен, ориентировка отсутствует, деятельность сигнальных систем прекращается. Адинамия достигает степени полной обездвиженности, но возможно возникновение недифференцированных, стереотипных, защитных двигательных и иногда голосовых реакций. Сохраняется болевой, кашлевой, корнеальный, зрачковый, рвотный и глотательный рефлекс. После выхода из сопора наблюдается полная амнезия.

Кома – наиболее глубокая степень выключения сознания. Относится к экстремальным состояниям. Сохраняются лишь витальные функции организма – сердечная, дыхательная деятельность, тонус сосудов и терморегуляция. Угасают условные рефлексy, появляются патологические. По мере углубления комы нарушается сердечная деятельность, тонус сосудов и терморегуляция, дыхание. При неоказании неотложной помощи – исход летальный.

Выключения сознания могут развиваться при интоксикациях, радиационных поражениях, нейроинфекциях и черепно-мозговых травмах, сосудистой патологии, объемных процессах головного мозга.

Помрачения сознания – расстройства, при которых происходит тотальная дезинтеграция всей психической деятельности, заключающаяся в качественном изменении содержания сознания. Расстройства полиморфны по своей структуре и помимо **различных вариантов дезориентировки** включают **психотические симптомы**, ведущими из которых являются галлюцинации, бредовые идеи, эмоциональные и двигательные расстройства, **различные варианты амнезий** на реальные события и болезненные переживания. При помрачениях в сознании отражается не объективная реальность, а мир болезненных переживаний.

Делириозный синдром – самая частая форма помрачения сознания, сопровождающаяся наплывом истинных зрительных галлюцинаций и иллюзий, бредовых идей, изменчивого аффекта, в котором преобладают страх и тревога. Больные двигательны возбуждены, **ориентировка в месте и во времени нарушается, а в себе сохраняется**. Возникают **истинные зрительные**

галлюцинации. При делирии больной является активным участником своих болезненных переживаний, его эмоциональное состояние и поступки соответствуют содержанию виденного, он охвачен недоумением, любопытством, страхом, ужасом, может при этом бежать, прятаться, обороняться. Речевое возбуждение часто ограничивается короткими фразами, словами, выкриками.

Делирий встречается при инфекционных и острых соматических заболеваниях, интоксикациях (алкогольных, наркоманических, токсикоманических), сосудистых заболеваниях головного мозга, ЧМТ.

Онейроидный синдром – помрачение сознания с **тотальной дезориентировкой (в месте, времени, собственной личности) либо дезориентировкой в месте и времени и «мерцающей» («двойной») ориентировкой в собственной личности.** Проявляется наплывом непроизвольно возникающих фантастических представлений, содержащих видоизмененные фрагменты виденного, услышанного, пережитого, прочитанного, которые причудливо переплетаются с искаженно воспринимаемыми деталями окружающего; возникающие картины (грёзы) отличаются сценоподобностью, похожи на сновидения (**зрительные псевдогаллюцинации**).

Периодически возникает речедвигательное возбуждение или заторможенность (**кататонические возбуждение или ступор**). В период развернутого онейроида в сознании больного доминируют фантастические представления, которые связаны с внутренним миром больного. Основу этих представлений составляют зрительные галлюцинации, и перед «внутренним оком» больного проходят сцены грандиозных ситуаций, в которых он является главным персонажем происходящих событий. Постепенно нарастают двигательные расстройства в виде ступора, больные становятся безмолвными, речевой контакт с ними невозможен.

Редукция симптомов онейроида происходит постепенно, в обратном порядке их появления. **Частично сохраняется память на болезненные переживания, а реальные события амнезируются.** Характерен для шизофрении.

Аментивный синдром – форма помрачения сознания с преобладанием бессвязности речи, моторики и растерянностью. Характеризуется **тотальной дезориентировкой (в месте,**

времени, собственной личности) либо дезориентировкой в месте и времени и «мерцающей» ориентировкой в собственной личности. Некоторые авторы считают аменцию более тяжелым вариантом делирия. Аменция наблюдается при тяжелых соматических, инфекционных заболеваниях. Речь больных состоит из отдельных слов, слогов, нечленораздельных звуков, произносимых тихо, громко или нараспев. **Двигательное возбуждение при аменции происходит обычно в пределах постели.** Оно исчерпывается отдельными, не составляющими законченного двигательного акта движениями: больные вертятся, совершают вращательные движения, изгибаются, вздрагивают, откидывают в стороны конечности, разбрасываются в постели. Психотические расстройства в виде истинных зрительных и тактильных галлюцинаций (больные от чего-то отмахиваются, что-то с себя стряхивают). Словесное общение с больными невозможно. **Мышление бессвязное.** Выражение лица недоумевающее. Больные растеряны и беспомощны. **Период аментивного помрачения сознания полностью амнезируется (и реальные события и болезненные переживания).** Выход из аментивного состояния происходит через тяжелую и длительную астению. **Возможно формирование психоорганического синдрома с интеллектуально-мнестическим снижением.**

Сумеречное помрачение сознания – внезапная утрата ясности сознания с полной отрешенностью от окружающего (полная дезориентировка в месте, времени, собственной личности), продолжающаяся от нескольких минут до нескольких суток. По клиническим проявлениям сумеречное помрачение сознания подразделяется на простую и психотическую формы (наличие или отсутствие продуктивной психотической психопатологической симптоматики).

Классификация сумеречных помрачений сознания:

- простая форма (амбулаторный автоматизм, сомнамбулизм);
- психотическая форма;
- истерические сумеречные состояния (пуэрилизм, псевдодеменция, Ганзеровский синдром).

Простая форма возникает внезапно, больной отключается от реальности. Вступить в речевой контакт с ним невозможно, речь

либо отсутствует вовсе, либо может состоять из отдельных слов или коротких фраз, часто повторяющихся, не являющихся ответом на внешние раздражители. Движения замедлены и обеднены вплоть до развития кратковременного ступора, сменяющегося эпизодами импульсивного возбуждения. Иногда может сохраняться внешне целенаправленная деятельность. Больные могут передвигаться на далекие расстояния, при этом могут пользоваться транспортом, переходить улицу в предназначенном для этого месте и т.д. В таком случае говорят об **амбулаторном автоматизме**. Амбулаторный автоматизм, возникающий во время сна, называют **сомнамбулизмом или лунатизмом**. Простая форма сумеречного помрачения сознания может длиться минуты – часы и сопровождается полной амнезией.

Психотическая форма сумеречного помрачения сознания сопровождается **галлюцинациями (истинными), вторичным бредом** и измененным настроением. В болезненных переживаниях преобладают зрительные галлюцинации **ужасного** содержания: мчащийся на больного автомобиль, поезд или самолет, обрушивающиеся здания, подступающая вода, погоня и т.д. Слуховые галлюцинации часто оглушительные – взрывы, топот, гром. Бредовые идеи, как правило, преследования, физического уничтожения, встречаются религиозно-мистические бредовые высказывания. Эти переживания сопровождаются **бурными эмоциональными расстройствами в виде страха, иступленной злобы или ярости. Двигательное возбуждение (галлюцинаторное, галлюцинаторно-бредовое)** чаще всего в форме бессмысленных разрушительных действий, направленных на окружающих людей. Слова и действия больных отражают существующие в данный момент болезненные переживания. **Полностью амнезируются реальные события.** Сумеречное помрачение сознания встречается чаще всего при **эпилепсии и травматических поражениях головного мозга.**

Наряду с перечисленными формами сумеречного помрачения сознания встречаются «сумерки», которые можно определить как истерические. Они возникают после психических травм, и в поведении больных отражается содержание психической травмы. Наиболее часто встречающимися формами истерического сумеречного помрачения сознания являются **пуэрилизм,**

псевдодеменция, Ганзеровский синдром.

Пуэрилизм возникает чаще всего в ситуации уголовного преследования за совершенный поступок. В поведении больного явно прослеживается «возрастной регресс личности» с чертами детского поведения – обращение к официальным лицам как к «дядям» и «тетям» с попыткой взобраться к ним на колени, лепечущая речь, ползание на четвереньках и т.д. Одновременно прослеживаются приобретенные навыки взрослого человека (курение).

Псевдодеменция – сумеречное состояние сознания с неправильными формами поведения и яркой демонстрацией слабоумия. Больные не могут выполнить простые инструкции (пересчитать свои пальцы), но при этом выполняют более сложные задания.

Ганзеровский синдром – сумеречное состояние сознания, при котором больные отвечают не по существу заданного вопроса – «миморечь», «мимоговорение», хотя ответ больного всегда существует в контексте беседы с ним.

Вышеперечисленные формы психоза могут длиться несколько дней и сопровождаются тотальной амнезией.

Вопросы для самоконтроля

1. Раскройте понятие «сознание».
2. Опишите формы нарушения сознания.
3. Опишите синдромы выключения сознания.
4. Опишите делириозное помрачение сознания.
5. Раскройте понятие аменция.
6. Опишите онейроидное помрачение сознания.
7. Опишите сумеречное помрачение сознания.
8. Опишите истерические нарушения сознания.

ГЛАВА 3 ЧАСТНАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ПАТОПСИХОЛОГИЯ

3.1. Расстройства личности (психопатии)

К расстройствам личности относят стойкие аномалии характера, проявляющиеся дисгармонией эмоциональной, волевой сферы и мышления, которые препятствуют социальной адаптации. Для определения этого состояния В.М. Бехтерев еще в 1886 г. предложил термин «психопатия».

Выдающийся московский психиатр П.Б. Ганнушкин отмечал, что «психопатия – это аномалия характера, которая определяет психический облик, накладывая отпечаток на весь душевный состав, в течение жизни не подвергается скольконибудь резким изменениям и мешает приспособливаться к окружающей среде».

Проблема личностных расстройств в настоящее время достаточно актуальна для медицины, педагогики и психологии. Выраженная эмоционально-волевая неустойчивость, дисгармоничность психических свойств с неадекватностью реакций на внешние раздражители легко приводят к возникновению конфликтных ситуаций и социальной дезадаптации. Такие лица не могут сами приспособиться к требованиям общества и при этом существенно мешают жить другим.

В основу **диагностических критериев психопатии** были положены признаки А.В. Кербикова:

1) **тотальность патологических черт характера**: они проявляются везде – дома и на работе, в труде и на отдыхе, в условиях обычных и эмоциональных стрессов;

2) **стабильность патологических черт характера**: они сохраняются на протяжении всей жизни, хотя впервые проявляются в разном возрасте, чаще всего в подростковом, иногда с детства, реже в период взросления;

3) **социальная дезадаптация является следствием именно патологических черт характера**, а не обусловлена неблагоприятной средой.

Распространенность. Выявление истинной распространенности психопатии существенно затруднено, поскольку большинство психопатических личностей не попадают в поле зрения психиатров. Вместе с тем, приведенные в литературе данные о распространенности психопатий среди населения отличаются широким диапазоном показателей. В целом, данные различных авторов свидетельствуют о том, что среди населения и среди больных, находящихся на лечении в психиатрических клиниках и на диспансерном учете, психопатические личности составляют около 5% среди мужчин. Среди женщин психопатии наблюдаются в 2–3 раза реже.

Классификации расстройств личности. Разработка классификации психопатий имеет серьезные трудности в связи с разнообразием клинических форм и существованием переходных типов. Неоднократно пытались разделить психопатии по этиологии и патогенезу. В основу всех современных классификаций положен синдромологический принцип, то есть предпочтение тех или иных клинических проявлений, ведущим расстройством которых является патологическое функционирование эмоционально-волевой сферы. Известно, что наиболее распространенными формами являются возбудимая и истерическая психопатии, которые составляют 3/4 всех психопатических расстройств.

В МКБ-10 выделены определенные типы расстройств личности.

Эмоционально-неустойчивое расстройство личности (эмоционально-лабильный тип психопатии, эксплозивная, возбудимая, эпилептоидная психопатия) включает сборную группу личностных расстройств со специфическими нарушениями эмоциональной и эффекторно-волевой сферы (выраженная эмоциональная лабильность, неспособность к длительной целенаправленной деятельности, легкость заведения новых социальных контактов и трудности их удержания).

Эксплозивная (аффективно-лабильная) психопатия характеризуется выраженными аффективными реакциями, повышенной раздражительностью по любому, даже самому незначительному поводу, взрывчатостью. Психопатические личности этого типа нетерпеливы, не переносят возражений,

совершенно не учитывают желаний и интересов окружающих. В жизни это неуступчивые, твердые, неспособные к длительной целенаправленной деятельности люди.

Эпилептоидная психопатия характеризуется приступообразными эпизодами потери контроля над поведением, склонностью к безудержным аффективным вспышкам с агрессией и аутоагрессией. Иногда эпизоду может предшествовать аура, затем в течение нескольких минут возникает состояние дисфории – тоскливо-злобного настроения, во время которого больные ищут, каким образом сорвать свою злость. Такие больные, как правило, обладают значительной физической силой, способны наносить тяжкие телесные повреждения. Они жестоки, злопамятны, уязвимы, издеваются над слабыми, неспособными постоять за себя. Нередко совершают необдуманные, и даже опасные действия. Личности с этой формой психопатии мелочные, прямолинейные, упрямые, склонны к «борьбе за справедливость», отстаивая при этом свои эгоистические интересы.

Истерическое расстройство личности (истерическая психопатия) наблюдается с детства, чаще – у женщин. Характер отличается демонстративностью, театральностью поведения, излишней, неуместной эмоциональностью. Мимика, жесты, одежда, прическа – все направлено на то, чтобы привлечь к себе внимание. Больные легко поддаются внушению, их чувства поверхностны и неустойчивы, они быстро отказываются от своих намерений, особенно, если это не сулит немедленной славы и восхищения со стороны окружающих, мышление носит аффективный характер. Они конфликтны в коллективе и семье. Основной чертой этого расстройства является постоянное желание привлечь к себе внимание окружающих, быть в центре внимания, чтобы о них говорили, ими восхищались. Для достижения этой цели у больного все средства хороши, они даже прибегают к клевете, ищут аудиторию, имитируют суицидальные попытки, вызывают к состраданию, сожалению. Внушаемость, на самом деле, довольно избирательна: внушить можно лишь то, что не противоречит эгоистическим интересам. Они стараются подчеркнуть свою одаренность, претендуют на высокую оценку.

Диссоциальное расстройство личности (антисоциальное расстройство личности). Основным свойством этого типа является

недостаточность моральных качеств. Они игнорируют социальные нормы, правила и обязанности. Быстро, часто и без колебаний меняют решения, места работы, проживания, неспособны поддерживать устойчивые отношения с другими, живут одним днем, не задумываются о будущем; легко аффектируются, иногда с жестокостью; при этом чувство вины отсутствует. Наказания за совершенные правонарушения не приводит к закреплению правильных стереотипов поведения.

Они с детства игнорируют школьные и родительские требования. С подросткового возраста легко присоединяются к асоциальным компаниям, начинают употреблять алкоголь, наркотики. Они не способны привязываться к близким и друзьям, проникаться их переживаниями, пытаются убежать от любых трудностей и неприятностей. К своему будущему равнодушны – живут настоящим, ведут легкомысленный образ жизни с беспорядочными сексуальными связями, игрой в карты, пьянством, бессмысленной тратой денег, вступают в конфликт с законом.

Ананкастное расстройство личности (обсессивно-компульсивное расстройство личности, психастеническая психопатия). Основной чертой расстройства является крайняя педантичность, что приводит к развитию тревоги, нерешительности, постоянным сомнениям. Патологические черты наблюдаются с детского возраста: они застенчивы, впечатлительны, робки, неуверенны в себе, склонны к тревожным опасениям. Такие дети боятся опоздать в школу, получить плохую оценку, встретить неодобрение со стороны окружающих. Необходимость повторно проверять сделанное, чередуется с крайней озабоченностью относительно деталей в пустяковых вещах. Становясь руководителями, требуют подчинения от окружающих, в отношении с которыми ригидны, не способны идти на компромиссы, нетерпимы ко всему, что, по их мнению, может нарушить привычный уклад жизни. Они добросовестны и скрупулезны, щепетильны и упрямы, абсолютно лишены чувства юмора как важного адаптивного механизма и конечно серьезны. Из-за тревожности и постоянных ожиданий неприятностей верят в хорошие и плохие приметы, заклинания, ритуалы. Патологические черты позволяют ананкастным личностям создавать семьи,

длительное время удерживаться на работе, но круг друзей у них узкий. В условиях правильного образа жизни им удается преодолеть свои сомнения, но малейшие изменения вызывают тревогу, беспокойство, начинают связывать обстоятельства с картиной всевозможных невзгод. Они патологически щепетильны, стараются предугадать каждую мелочь, предупредить простуду или другое соматическое заболевание, избежать переутомления.

Тревожное («избегающее» расстройство личности, сенситивная психопатия) **расстройство личности**. Основные черты этого расстройства личности – уязвимость и чувство собственной неполноценности. Постоянное желание понравиться и быть принятым другими сопровождаются чувством внутреннего напряжения и тревоги. Неуверенные, они видят в себе много недостатков, опасаются быть осмеянными и подвергнутыми критике. Круг личных привязанностей у этих людей довольно ограничен и, как правило, состоит из тех, к кому они привыкли и доверяют. Любое отклонение в поведении окружающих воспринимается как унижительное. Страх быть недооцененным порождает своеобразный паттерн поведения: неестественность и неуверенность, скованность в движениях, излишняя скромность, простительный тон. В профессиональных вопросах никогда не достигают карьерных высот, наоборот, стараются быть незаметными, всегда готовыми услужить.

Зависимое расстройство личности (астеническая психопатия). Характерными признаками такого вида психопатии являются невозможность выдержать повседневные физические и психические нагрузки, повышенная истощаемость, беспомощность перед трудностями, низкая самооценка, неуверенность в себе, робость, тревожность, застенчивость. Себя они считают беспомощными. Психопатическим личностям этого типа свойственна общая «нервная слабость», чрезмерная чувствительность и уязвимость. Внутренний мир астенического психопата определяется сложным комплексом переживаний, среди которых преобладают сознание собственной несостоятельности, слабых характерность, малодушие. Они тревожны, почти постоянно обременены, пасуют перед будущими трудностями.

Повышенная утомляемость сопровождает их повседневную жизнь; работа, требующая физического или умственного

напряжения, быстро вызывает рассеянность, снижение производительности, истощает, что в свою очередь порождает головную боль, слезливость, уязвимость, иногда достигающую уровня гнева.

Астенические психопаты постоянно обеспокоены своим здоровьем. Они всегда чем-нибудь больны и постоянно жалуются либо на сердечно-сосудистые, либо на желудочно-кишечные расстройства. Даже незначительное недомогание может надолго выбить их из колеи, заставить бросить все и обратиться за помощью к врачу.

Шизоидное расстройство личности (шизоидная психопатия). Основная личностная черта – замкнутость, уход в себя (аутизм), необщительность, эмоциональная холодность и сухость по отношению к близким. Черты шизоидной психопатии развиваются в детском возрасте. Такие дети отдадут предпочтение отстраненным тихим занятиям, а не шумному детскому коллективу, их не тянет к сверстникам, к родным и близким не проявляют эмоциональной привязанности. Ускорение умственного развития таких детей сочетается с отставанием в двигательной сфере: моторика шизоидов недостаточно пластична, неестественна. Мимика лишена живости, голос мало модулирован, движения ограничены, угловатые, чопорные. Они часто живут своими необычными интересами и увлечениями, которые заполняют внутренний мир, почти всегда закрытый для других. Шизоиды – люди крайних чувств: внешняя эмоциональная сдержанность выглядит как холодность, но внутренние переживания при этом могут быть сильными. Увлечения чаще всего своеобразны, иногда затейливы. Характерный внешний вид шизоида: либо подчеркнутая небрежность, либо изысканность, аристократичность в одежде. На попытки критики или коррекции их неправильного поведения либо не реагируют, либо с презрением их отвергают.

Параноидное расстройство личности соответствует параноидному типу психопатии. Характеризуется постоянной подозрительностью и недоверчивостью к окружающим. Они трудны в постоянном общении и это нередко приводит к конфликтам в семье или коллективе.

Основная черта параноидных психопатов – склонность к образованию сверхценных идей. Находясь под властью этой идеи, подкрепленной высокой эмоциональностью, они подчиняют реализации этой идеи все свои мысли, стремления, побуждения, желания, поступки. Сверхценные идеи обычно представляют собой мысли о собственной высокой значимости для общества и для истории. Попытка убедить параноидного психопата не только не приводит к желаемому результату, но еще больше подтверждает веру в свою правоту и способствует целенаправленной активности для реализации своей идеи.

Основной фон настроения параноидного психопата носит характер напряженности и раздражительности, застревания на обидах и вынашивания планов мести за нанесенные оскорбления.

Этиология и патогенез расстройств личности. Формирование расстройств личности обусловлено совокупностью причин. Основной вклад (до 60% аномальных личностей) в это формирование осуществляет конституционально-генетический фактор. Известно, что аномальные черты личности наследуются по рецессивному типу, предполагается, что от матери к сыну и от отца к дочери. Это так называемые «ядерные» или «конституциональные» психопатии.

Причиной «краевых» (приобретенных) психопатий являются факторы окружающей среды: воспитание в аномальной семье, наличие хронической психотравмирующей ситуации, особенно если эта ситуация адресуется акцентуации характера – месту наименьшего сопротивления.

Органические психопатии свидетельствуют об этиологической роли органической церебральной дисфункции, возникшей вследствие сочетанного влияния перинатальной, ранней постнатальной патологии и неблагоприятных факторов окружающей среды.

Органические психопатии. К органическим психопатиям относится патология личности, формирование которой обусловлено перинатальным и ранним постнатальным поражением центральной нервной системы. Это поражение может быть вызвано различными факторами: патологией беременности (преэклампсия, гипоксия плода), травмы, инфекции, интоксикация, лучевое воздействие на плод, родовые травмы,

асфиксия в родах, черепно-мозговые травмы и нейроинфекции, перенесенные в возрасте до трех лет. Патогенный фактор приводит к нарушению морфологического созревания отдельных структур головного мозга и их дисрегуляции. Патологические черты характера формируются на уже «измененной почве». Распространенность органических психопатий достаточно высока, по данным А.Е. Личко, достигает 29% среди общего числа психопатий. Клиническая картина органических психопатий внешне подобна проявлениям психопатий иного генеза, однако существующий «органический фон» вносит некоторые особенности. Кроме того, как правило, у них обнаруживается неврологическая микросимптоматика. Обратимость органических психопатий низкая, только 15% взрослых социально адаптированы.

Психогенное патологическое формирование личности возникает у детей и подростков под влиянием неблагоприятных микросоциально-психологических факторов, к которым можно отнести психотравмирующую ситуацию и неправильное воспитание. Биологическую основу личности составляет темперамент, отражающий динамику психических процессов. Физиологической основой темперамента является тип высшей нервной деятельности. Учение о патологическом развитии личности в процессе становления психиатрии разными авторами трактовалось по-разному. Большой вклад в это учение сделал О.В. Кербиков, сформулировавший ряд положений. Особенно важным является его положение о том, что формирование «приобретенной психопатии» является длительным процессом развития патологических черт характера в детском и подростковом возрасте под влиянием неблагоприятных социальных условий и неправильного воспитания.

Другим, не менее важным по своей значимости, положением, является то, что патологическое развитие личности может возникать также по отсутствия биологически обусловленной психопатической основы (так называемое патохарактерологическое развитие).

Ядерные психопатии никогда не возникают внезапно, они начинаются постепенно, как правило, с детского возраста. Расстройства личности отличаются стабильностью: сложившиеся

патологические черты сохраняются на протяжении всей жизни психопата и качественно не изменяются. Однако степень их выраженности в разные и в разные ситуации разная. Особого внимания заслуживают кризовые периоды. Нейроэндокринные изменения значительно влияют на течение психопатий, при этом патологические черты характера в период пубертата в большей степени обостряются у мальчиков, в климактерический период – у женщин. У некоторых психопатических личностей патологические признаки с возрастом ослабевают.

Возрастные особенности. Подростковый возраст обычно способствует обострению психопатических черт характера за счет несформированности компенсаторных механизмов. В инволюционный период происходит обострение патологических черт характера. В старческом возрасте за счет снижения силы эмоций и физического старения психопатические черты характера сглаживаются.

Адаптация личности с психопатическими чертами во многом зависит от факторов окружающей среды и от степени выраженности патологических черт характера. В случае «глубоких психопатий» компенсаторные возможности незначительны и некоторая социальная адаптация наблюдается только в 1/3 случаев. В других случаях формируется состояние декомпенсации – когда стабильно сохраняется яркость патологических черт характера, что препятствует социальной адаптации.

Частичная декомпенсация – состояние, при котором выраженность патологических черт характера сохраняется, но наблюдается и социальная адаптация, проявляющаяся в той или иной степени.

Полная компенсация – состояние, в основе которого лежит совмещенное взаимодействие компенсаторных механизмов личности с благоприятным воздействием окружающей среды, способствующее устойчивому сглаживанию патологических черт характера и развитию полноценной социальной адаптации.

Органические психопатии – это неблагоприятный вариант личностной патологии и, несмотря на проведенное лечение, достичь состояния компенсации крайне сложно.

Результат психогенного патологического развития личности во многом зависит от социальной среды и организации семейного быта. При благоприятных условиях не исключен вариант правильного формирования личности.

Особое место в психокоррекционных мероприятиях при наличии расстройств личности занимает организация социально-средового окружения: правильная трудовая ориентация, выработка морально-этических и социально-воспринимаемых норм поведения.

Характерологические и патохарактерологические личностные реакции у детей и подростков. Характерологические личностные реакции – специфические модели поведения, как реакция на неблагоприятное воздействие средовых факторов.

Характерологической (нормальной) реакцией называют преходящее, ситуационно обусловленное изменение поведения ребенка или подростка, которое проявляется в определенной микросреде, имеет четкую психологическую направленность на определенный круг лиц, не ведет к нарушению социальной адаптации в целом и не сопровождается расстройствами соматических функций.

Для каждого возрастного этапа имеются свои специфические характерологические реакции.

Реакция отказа наблюдаются преимущественно у детей раннего возраста, как реакция на разлуку с матерью, отрыв от семьи, привычной обстановки. Дети отличаются общей заторможенностью, малообщительностью, отказываются от пищи, привычных игр, стремятся к уединению. Иногда такая реакция возникает у инфантильных подростков при изоляции их от группы сверстников.

Реакция оппозиции – наблюдается на всех возрастных этапах, но в проявлениях зависит от возраста. Выделяют реакцию активной и пассивной оппозиции. Нередко возникает в ответ на изменившееся к нему отношение близких (например, рождение второго ребенка). В основе сверхценное переживание обиды, ущемленного самолюбия и вытекающие из этого переживания, желание отомстить обидчику, как-то наказать его. Как правило, она носит демонстративный характер, как сигнал для взрослых о трудной ситуации, переносить которую подростку больше не под

силу. Активная оппозиция может выражаться в нарочитой грубости, непослушании, категорическим отказом выполнять какие-либо поручения.

Реакция пассивной оппозиции у детей младшего возраста проявляется соматовегетативными расстройствами: мутизм, рвота, энурез. У детей старшего возраста и подростков чаще проявляется отказом от еды, уходами из дому.

Реакция имитации – стремление во всем подражать определенному лицу или образу. Чаще это реальный человек или реальный герой из фильмов. Наряду с имитацией положительных качеств или поступков, в детском и подростковом возрасте охотно копируются асоциальные формы поведения (сквернословие, хулиганские поступки). Формированию таких реакций способствует наличие асоциального окружения или асоциального героя, запрещенность указанных форм поведения, фактор риска, окутывают их облаком мнимой романтики.

У подростков очень редко наблюдается реакция отрицательной имитации. Например: подросток, у которого отец алкоголик, не употребляет спиртных напитков.

Реакция компенсации – стремление скрыть или восполнить свою слабость, несостоятельность в одной области деятельности успехами в другой. Эта реакция представляет собой средство психологической защиты личности от переживаний собственной неполноценности (физически слабый мальчик отказывается от уроков физкультуры, но охотно посещает технический кружок). Нередко подросток с трудом усваивающий учебный материал бравирует своим незнанием, подчеркнуто пренебрежительно относится к учебе, третирует отличников, совершает «геройские поступки». Часто можно наблюдать как подросток, лишенный авторитета у сверстников, предпочитает общение с младшими по возрасту детьми.

Реакция гиперкомпенсации – стремление добиться высших результатов именно в той области, где оказался несостоятельным. Стремление доказать себе и окружающим своё бесстрашие, нередко толкает подростков на безрассудные и опасные для жизни поступки (прыгают с большой высоты, ходят по карнизам домов и т.п.) Реакция гиперкомпенсации в зависимости от условий может играть как положительную, так и отрицательную роль. Например,

ложное понятие об отваге и независимости нередко толкает на путь асоциального поведения.

Реакция эмансипации – наиболее характерна для подросткового возраста. В основе потребность освобождения от контроля и опеки взрослых, протест против установленных правил и порядков, стремление к независимости и самоутверждению. Факторами, способствующими ее возникновению, могут являться мелочная опека, жесткий контроль, лишение инициативы и самостоятельности. Реакция явной эмансипации характеризуется непослушанием, грубостью, патологическим упрямством, игнорированием мнения и распоряжения взрослых. Иногда подростки порывают с семьей, вопреки желанию семьи бросают учебу и поступают на работу, ведут независимый образ жизни. Реакция скрытой эмансипации – проявление подростковой субкультуры – мода, манера поведения, сленг, критиканство, игнорирование существующих порядков.

Реакция группирования со сверстниками – группа это канал информации, новый вид эмоциональных контактов невозможных в семье. Выделяют следующие виды подростковых групп: ретретиеские (просоциальные) – в основе общие увлечения положительные в социальном плане (спорт, учеба, музыка), асоциальные – формируются на базе совместных развлечений и стоят в стороне от острых социальных проблем, характерно пустое времяпрепровождение.

Антисоциальные – стабильные по составу, со строгой иерархией и подчинению лидеру, свои законы, обряды, моральный кодекс. Нередко лидер криминальная фигура. Опыт показывает, что большинство подростков, попадая в такую группу, вследствие интеллектуальной и эмоциональной незрелости, быстро уступают влиянию лидера и начинают вести антисоциальный образ жизни только потому, что таковы правила группы. Для многих подростков неформальные группы и асоциальный образ жизни являются одной из форм протеста против привычного уклада жизни.

Реакция увлечения (хобби-реакция). Увлечения имеют большое значение в познавательной деятельности подростка. Для многих это средство самовыражения, достижения престижного статуса. Нередко, в ответ на сложную психотравмирующую

ситуацию, увлечения приобретают утрированную форму, захватывают все стороны жизни, поглощают все свободное время. Подросток словно щитом закрывается своими увлечениями от травмирующей его действительности. Выделяют следующие типы увлечений: интеллектуально-эстетические (музыка, рисование, техника), телесно-мануальные (спорт, рукоделие), лидерские (поиск ситуации, где можно руководить), накопительные (коллекционирование), азартные увлечения и т.п.

Все перечисленные личностные реакции могут быть как вариантами поведения в норме, так и представлять собой патологические нарушения преимущественно пограничного уровня.

Патохарактерологические (патологические) личностные реакции проявляются преимущественно в разнообразных отклонениях в поведении ребенка или подростка, ведут к нарушению социально-психологической адаптации и сопровождаются невротическими расстройствами. Для них характерны склонность к генерализации, т.е. способность возникать в самых разных ситуациях и вызываться самыми различными, в том числе и неадекватными стимулами; склонность превышать определенный «потолок» нарушений поведения, никогда не преставаемый в норме; склонность рано или поздно приводить к социальной дезадаптации.

Выделяют два основных механизма формирования патохарактерологических особенностей: фиксация характерологических реакций активного и пассивного протеста, имитации, эмансипации и пр. и формирование патологических черт характера либо, как результат неправильного воспитания, либо под влиянием хронической психотравмирующей ситуации. Как уже было отмечено ранее, патохарактерологические реакции при определенных благоприятных условиях могут полностью редуцироваться. Большинство отечественных исследователей придерживаются точки зрения на патохарактерологические реакции, как на пограничное состояние между нормой и патологией. Они являются нозологически неспецифичными, поскольку в дальнейшем могут трансформироваться в невротические и в психопатические состояния. В зависимости от индивидуальных психических свойств, происходит фиксация

нарушений характера, складывающаяся в определенный симптомокомплекс – патохарактерологический синдром, особенности которого определяют вариант патохарактерологического формирования личности (психогенное патологическое развитие личности). Такая динамика рассматривается как этап формирования краевой психопатии.

Вопросы для самоконтроля

1. Дайте определение расстройства личности (психопатии), раскройте диагностические критерии.

2. Назовите причины расстройств личности: биологические, социальные.

3. Какие виды расстройств личности выделяют по МКБ-10?

4. Охарактеризуйте эмоционально-неустойчивое расстройство личности.

5. Охарактеризуйте истерическое расстройство личности.

6. Охарактеризуйте диссоциальное расстройство личности.

7. Охарактеризуйте ананкастное расстройство личности.

8. Охарактеризуйте зависимое расстройство личности.

9. Охарактеризуйте тревожное расстройство личности.

10. Охарактеризуйте шизоидное расстройство личности.

11. Охарактеризуйте параноидное расстройство личности.

12. Опишите психогенное патологическое формирование личности.

13. Раскройте возрастные особенности расстройства личности.

14. Опишите характерологические и патохарактерологические личностные реакции у детей и подростков.

3.2. Невротические расстройства

В последней международной классификации болезней (МКБ-10) невроз как самостоятельное заболевание или группа заболеваний не выделяется. Сохранилось наименование широкой группы нарушений как «Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства». В практике по-прежнему широко

используется диагноз «невроз» как врачами, так и теми, кто знает об этом заболевании не понаслышке.

Неврозы – самое распространенное нервно-психическое заболевание среди детей и взрослых. В психологии неврозы и невротические реакции подверглись пристальному вниманию, начиная с З. Фрейда, далее его последователями – А. Адлером, К. Юнгом, К. Хорни. Классические определения невротических расстройств можно найти в работах К. Ясперса, выдающегося немецкого психиатра, психолога, экзистенциального философа. Эти авторы показали, какую роль в возникновении невроза играют внутренние конфликты, часто относящиеся к сфере бессознательного. В отечественной психологии проблемой происхождения неврозов занимался В.Н. Мясищев, в настоящее время А.И. Захаров, В.И. Гарбузов.

Существуют различные определения неврозов, высвечивающие одну или другую сторону заболевания. В «Толковом словаре психиатрических терминов» дано следующее, принадлежащее Б.Д. Карвасарскому, определение: «**Неврозы** – это психогенные нервно-психические расстройства, заболевания личности, возникающие в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека и проявляющиеся в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений». В.Н. Мясищев в определении невроза подчеркивал, что болезнь, прежде всего, представляет собой нарушение развития личности.

Невроз – это психогенное заболевание, в основе которого лежит неудачно, нерационально, непродуктивно разрешаемое личностью противоречие между ней и значимыми для нее сторонами действительности, вызывающее болезненно-тягостные переживания: неудач в жизненной борьбе, неудовлетворения потребностей, недостигнутой цели, невосполнимой потери. Неумение найти рациональный и продуктивный выход из переживаний влечет за собой психическую и физиологическую дезорганизацию личности.

Психогенный характер заболевания означает, что оно обусловлено действием психических (психологических) факторов, значимых для человека и выражаемых в виде тех или иных существенных для него переживаний. Эти переживаемые

человеком факторы обозначаются как внутренний или невротический конфликт. Связь невроза с психотравмирующей ситуацией позволяет считать его принципиально обратимым состоянием.

По В.В. Ковалеву, **неврозы** – группа психогенных заболеваний непсихотического уровня, возникающих вследствие реакции личности на внешний или внутренний конфликт, проявляющихся психологическими (прежде всего эмоциональными), физиологическими нарушениями, сопровождаемых ощущением чуждости расстройств по отношению к личности, переживаемых ею, как несвойственные ей раньше.

Сам термин «невроз» был введен достаточно давно великим врачом Галеном еще в 1776 г. В переводе с греческого языка слово переводится как «болезнь нервов». Для невроза характерны:

- 1) обратимость патологических нарушений;
- 2) психогенная (психотравмирующая) природа заболевания, которая выражается в связи между клинической картиной невроза, особенностями личности больного и конфликтной ситуацией;
- 3) специфичность клинических проявлений, обусловленная доминированием эмоционально-аффективных и соматовегетативных расстройств.

Все исследователи отмечают вариативность невротических симптомов, их взаимосвязь с уровнем напряжения психологического конфликта. К обозначенным выше критериям можно присоединить наличие преморбидных невротических особенностей личности и характерного типа невротического конфликта при недостаточности психологической защиты.

В области психологии аномального развития неврозы занимают особое место. Это связано со спецификой самого заболевания, в возникновении и развитии которого играют большую роль собственно психологические факторы (психогенное начало, характерологические особенности, внутренние конфликты и психологическая защита, особенности системы воспитания и детские переживания, с ними связанные), а также методов лечения, в которых наряду с медикаментозными на первый план выходят психотерапия и психологическая коррекция.

В клинической картине неврозов следует различать: невротическую реакцию, невротическое состояние и невротическое развитие личности.

Невротическая реакция является кратковременным способом реагирования на стрессогенную ситуацию, тем не менее, приводящая к возникновению проявлений, характерных именно для неврозов.

Невротическое состояние указывает на затяжной характер реагирования и устойчивость эмоционально-личностных проявлений.

О **невротическом развитии личности** есть смысл говорить, как о типологически сложившемся способе реагирования, возникшем в ситуации определенной системы воспитания ребенка.

Основные характеристики невротических расстройств в детском возрасте

У детей клиническая картина невроза имеет ряд особенностей: незавершенность симптоматики, значительная выраженность соматовегетативных и двигательных нарушений, в силу возраста отсутствие или меньшая степень личностной переработки психотравмирующей ситуации и самих расстройств. У детей преобладают «моносимптомные» невротические расстройства в виде невротического энуреза, энкопреза, тиков заикания, привычных патологических действий. Иногда их объединяют в понятие «системные неврозы», поскольку ведущим симптомом в таких случаях будет поражение функционирования определенной системы органов (речевая система, двигательная система, выделительная система и т.д.).

По мнению А.И. Захарова, эпидемиологическое исследование неврозов затруднено, поскольку требует проведения направленной и довольно продолжительной беседы с каждым из детей, или хотя бы одним из родителей. Легче обратиться к данным по заболеваемости неврозами среди нервно-психических больных. Неврозы выявляются у 27–45% детей с нервно-психическими нарушениями. В среднем эта цифра составляет 36%, т.е. по крайней мере, каждого третьего из детей с нервно-психической патологией условно можно считать больным неврозом. К ведущим невротическим нарушениям, выявляемым у детей на неврологическом приеме, относятся астено-невротический

синдром и невротические реакции. Как справедливо отмечает А.И. Захаров, это соотношение увеличивается при массовом обследовании в школе и выявлении психогенных форм школьной дезадаптации у 15–20% учащихся.

Невротические расстройства у детей и подростков представлены в основном теми же видами, что и во взрослой клинике: тревожно-фобическими расстройствами, неврастенией, обсессивно-компульсивными, диссоциативными, конверсионными расстройствами. Описание невротических расстройств дается по МКБ-10.

Тревожно-фобические расстройства. Делятся на:

- 1) паническое расстройство;
- 2) генерализованное тревожное расстройство;
- 3) фобические расстройства.

Основными симптомами тревожно-фобических расстройств являются тревога и страх.

Паническое расстройство. Характеризуется наличием панических атак, как правило, возникающих в определенной ситуации (только дома или в магазине, или транспорте или метро и т.д.). **Паническая атака** проявляется внезапным появлением 1) выраженной тревоги, сопровождающейся 2) соматическими эквивалентами тревоги (сердцебиение, повышение артериального давления, профузное потоотделение, сухость во рту, дрожь в теле и конечностях, боли в эпигастрии) и, хотя бы одним из 3) страхов: страх потерять сознание, страх упасть, страх умереть, страх сойти с ума. Длительность панической атаки, как правило, 20–30 минут. Повторяющиеся атаки обязательно приводят к возникновению **страха повторения приступов** и, соответственно, избегающего поведения. **Избегающее поведение** проявляется в избегании мест, в которых возникают приступы (транспорт, магазин, рынок, работа, открытые или закрытые помещения) либо в необходимости наличия сопровождающего в этих местах.

Генерализованное тревожное расстройство. Отличается от панического расстройства тем, что панические атаки возникают в любое время, в любом месте, их невозможно прогнозировать.

Фобическое расстройство. Центральным симптомом является страх.

Выделяют различные виды фобических расстройств.

Агорафобия – страх открытых пространств, транспорта, толпы. Провоцируется нарушением поездкой в метро, пребыванием в магазине, толпе, лифте, самолете, театре, кинозале и т.п. Страх сопровождается вегетативными симптомами (сухость во рту, тахикардия, профузный пот, тремор), торако-абдоминальными симптомами (одышка, удушье, боль в груди, тошнота, дискомфорт в пищеварительном тракте), психическими симптомами (дереализация, деперсонализация). Больные пытаются избегать ситуаций, когда они могут остаться без сопровождения близкого человека в местах, откуда трудно выйти самостоятельно. Некоторые пациенты не выходят из дома, боясь повторений приступов страха, это нарушает их жизненный стереотип и социальную адаптацию, иногда они отказываются от какой-либо деятельности вне дома.

Социальные фобии – страх оказаться в центре внимания, чувство стыда в присутствии окружающих. Социальные фобии манифестируют обычно в подростковом и юношеском возрасте и провоцируются особыми ситуациями в школе – это ответ у доски, экзамен; необходимость выступить на сцене, а также необходимость контактировать с учителями, воспитателями, лицами противоположного пола. Общение с близкими страха не влечет. Больные боятся ситуаций, когда нужно совершить какое-либо действие в присутствии посторонних или предполагается отрицательная оценка этих действий. Они стараются не посещать вечеринки, боятся говорить, есть, писать, пользоваться общественным туалетом в присутствии посторонних. Пациенты опасаются, что окружающие заметят этот страх и будут насмехаться над ними. При этом отношение к страху всегда критическое, но избавиться от него они не могут, что приводит к заниженной самооценке. Социальные фобии часто сопровождаются другими психическими расстройствами: тревогой, другими фобиями, аффективной патологией, алкоголизмом, расстройством пищевого поведения.

Выделяют две группы социальных фобий: изолированные и генерализованные. Изолированные социальные фобии – это страх выполнения на людях привычных действий и избегание конкретных ситуаций. Затруднений общения вне этих ситуаций не возникает. Одной из форм изолированной социальной фобии есть

страх покраснеть, проявить неудобство, неуверенность в общении (эрейтофобия). Опасаясь, что окружающие заметят это, пациенты на людях застенчивы, часто смущены. В условиях генерализованных социальных фобий, наряду со страхом, появляются идеи малоценности, отношения. Эти нарушения чаще всего возникают в случае синдрома скоптофобии – страх казаться смешным, проявить на людях свою ущербность. Больные испытывают стыд, не обусловленный реальными фактами, но определяющий их поведение (избегание контактов с людьми).

Ипохондрические фобии (нозофобии) – навязчивый страх тяжелого заболевания. Чаще наблюдаются кардио-, канцеро-, сифило-, СПИДо-, инсультофобии. Лица с такими фобиями нередко обращаются к разным врачам, требуя обследования. Усилия больных направлены на ликвидацию условий возникновения страха и панических атак. Они разрабатывают комплекс охранных и приспособительных мер: переезд в экологически чистый район, смена работы. Формируются определенные ипохондрические установки: ограничение контактов, шадящий образ жизни, отказ от некоторых видов деятельности.

Специфические (изолированные) фобии – фобии, четко ограниченные определенной ситуацией: пребывание рядом с животным, страх высоты, грозы, тошноты, стоматологических манипуляций. Столкновение с объектом страха влечет за собой тревогу, поэтому для этих больных характерно избегание соответствующих ситуаций или объекта.

Неврастения. В этиологии астенического невроза главная роль принадлежит продолжительно воздействующему стрессу, хронической психотравмирующей ситуации, длительному недосыпанию, прослеживается связь с умственным или физическим переутомлением, опасной для жизни ситуацией. Конфликты в семье и школе, неадекватное воспитание, когда к ребенку предъявляют чрезмерные требования, не соответствующие его возможностям – факторы, которые можно обнаружить в анамнезе детей, заболевших данным неврозом. В развернутой форме неврастения встречается у детей школьного возраста и подростков, в младшем возрасте встречаются более или менее выраженные психогенные реакции со сходными проявлениями.

Основными симптомами болезни являются жалобы на повышенную утомляемость, снижение успеваемости и продуктивности в разных делах, невозможность сосредоточиться, физическую слабость и истощаемость даже после минимальных усилий, невозможность расслабиться. Часто к этому присоединяются и другие неприятные физические ощущения, такие как головокружения, головные боли, желудочно-кишечные расстройства. Наблюдаются раздражительность, потеря чувства радости жизни, удовольствия, различные нарушения сна и аппетита. Основными внутренними факторами предрасположенности к возникновению неврастения являются соматическая ослабленность (например, после перенесенного заболевания) и резидуальная органическая недостаточность головного мозга.

По характерологическим особенностям ребенок обычно робок и неуверен в себе. Основной внутренний конфликт – это конфликт между «Я могу, у меня получится!» и опасениями «А вдруг не получится?» Стилем приспособления ребенка, его психологической защитой становится бегство от жизни: «Я болен, оставьте меня в покое». Выглядит он весьма жалким и слабым. Окружающие ребенка действительно жалеют, опекают. Следует помнить, что такая позиция появилась у ребенка в результате длительной психотравмирующей ситуации (например, неудач в школе, которые могут быть и чисто субъективными). Другая позиция: «Я хочу! А что если решиться, попробовать?!» – также присутствует, но подавлена и не проявляется. В некоторых случаях второй мотив побеждает, и ребенок становится непредсказуемо отчаянным, смелым.

Резюме по неврастеническим расстройствам у детей: характерно сочетание повышенной возбудимости с быстрой утомляемостью, снижение работоспособности, неустойчивость настроения, как правило, сопровождается расстройствами сна. Причинами служат обычно хронические психотравмы, связанные с конфликтами в семье и школе; чрезмерные требования к ребенку; непреодолимые противоречия между «надо» и «не могу»; ребенок берет на себя больше, чем он может.

Обсессивно-компульсивное расстройство. У детей и подростков в возникновении этого невроза главную роль играет

психотравмирующая ситуация, связанная с конфликтом между чувством долга и желанием, с эмоциональным напряжением из-за осознания повышенной ответственности, внушенной взрослыми. У более маленьких детей такой невроз может возникнуть под влиянием острой психотравмы, под воздействием сильного испуга. Основной чертой этого расстройства являются повторяющиеся навязчивые мысли или действия. Проявляется в виде навязчивых страхов или навязчивых действий. У детей школьного возраста основную роль играют длительные психотравмирующие ситуации; эмоциональное напряжение из-за сознания повышенной ответственности, внушенной взрослыми; острые психотравмы, сопровождаемые испугом. Возникает на фоне специфических черт характера (тревожность, мнительность, педантичность), характерен страх всего нового; гиперпротективный стиль воспитания (тревожное, требовательное отношение). Симптомы неврозов могут возникать довольно рано и проявляться, например, в совершении навязчивых действий, таких как хождение определенным маршрутом, мытье рук, навязчивый пересчет предметов и др. Обсессивно-компульсивное расстройство – это длительно текущие заболевания с частыми рецидивами. Внутренний конфликт этих детей возникает между обостренным инстинктом самосохранения и чрезмерной требовательностью к себе («все должно делаться, как надо»). Психологическая защита ребенка строится на чувстве собственного превосходства над другими детьми. «Если я что-то делаю, что кажется другим глупым, то это потому, что понимаю больше и вижу дальше и глубже». Навязчивые образы, идеи, влечения, стереотипно приходящие на ум больному, тягостны, больной пытается сопротивляться им. Идет невротическое развитие личности по обсессивно-фобическому типу. Жизнь ребенка становится ритуализированной. Сами навязчивые действия не доставляют внутреннего удовольствия, их задача – предотвратить какие-либо события, способные причинить вред ребенку или членам семьи.

Диссоциативные и конверсионные расстройства.

Возникают вследствие подостро или хронически действующей психотравмирующей ситуации, связанной с конфликтом между желаемым и реально достижимым, возможным. Истерия как отдельное заболевание известна с глубокой древности, ее описание

есть в Новом Завете и Ветхом Завете. Уже в период раннего детства могут возникать невротические истерические реакции, являясь непосредственным ответом на психотравмирующее воздействие.

Первоначально эти реакции ограничиваются отдельными симптомами: моторная протестная («аффективная двигательная буря»), соматовегетативная (нарушение глотания, привычная рвота, задержка мочеиспускания), речевая (мутизм, афония, заикание) реакции. В дальнейшем происходит фиксация симптоматики, если этому способствует особое воспитание (по типу «кумир семьи»), и развитие развернутого истерического синдрома.

Для истерии характерно большое разнообразие клинических проявлений. Предрасполагающими факторами являются наличие истероидных характерологических черт, повышенная внушаемость и самовнушаемость, высокая эмотивность, психический инфантилизм. Многие психологи и психиатры указывают на примитивность истерических способов реагирования, их связь с невысоким уровнем интеллекта. Ребенок эгоистичен, капризен, упрям. Внутренний конфликт возникает между желанием «хочу» или «не хочу» ребенка и требованиями к нему окружающих, которые не становятся его собственными, внутренними: «надо», «нельзя», «стыдно». Формы защиты довольно разнообразны, но в них, как правило, отражаются эгоистические установки ребенка: «меня не понимают», «не любят», «не хотят принять». Из всех форм неврозов истерический невроз больше других доставляет проблем родителям, труднее всего поддается лечению.

Особые виды невротических расстройств детского и подросткового возраста. Как отмечалось выше, невротические симптомы и невроз как заболевание в детстве сходны с аналогичными нарушениями в других возрастах. Тем не менее, иногда выделяют особые формы невротических расстройств, часто встречающихся в детском возрасте.

Ипохондрическое расстройство. Как самостоятельная форма заболевания встречается в препубертатном и пубертатном возрасте.

Причины возникновения: длительная психотравмирующая ситуация, связанная с тяжелым заболеванием близких; особый

стиль родительского воспитания (гиперпротекция с тревожным отношением родителей к здоровью ребенка); сам пубертатный возраст также является критическим фактором.

Симптомы: преходящие опасения и страхи по поводу здоровья, кратковременные вегетативные расстройства (обмороки, покраснения, сердцебиение и т.д.). Имеет тенденцию к длительному течению и часто переходит в невротическое развитие личности.

Фобическое расстройство. Страхи, различные по содержанию и клиническим проявлениям, встречаются при любых невротических расстройствах, поэтому не всегда состояния страха выделяют в качестве самостоятельной нозологической формы, он входит в структуру тревожно-фобических, диссоциативных, конверсионных расстройств, ОКР. Но для детского возраста его чаще вычлняют как самостоятельный вид нарушения. В этиологии данного невроза большую роль играет шоковая или субшоковая психогения, острый испуг, а также длительная психотравмирующая ситуация, страх перед которой порождает невротическое реагирование.

Существенно, что при неврозе страха характерен отход от психотравмирующей ситуации, возможна иррадиация страха на другие объекты, страх становится гипертрофированным, сверхценным, поскольку возникает прежде, чем конкретные опасения. Страх темноты, одиночества, утраты здоровья, перемен, за свою жизнь или жизнь близких определяет поведение ребенка. К предрасполагающим характерологическим факторам относят повышенную впечатлительность, внушаемость, тревожную мнительность. В семье таких детей родители склонны к гиперопеке, тревожным опасениям за ребенка. Так же, как и при неврастении, гипертрофированные опасения играют роль психологической защиты в сверхтрудных для личности ребенка ситуациях. Страхи оправдывают ребенка в его собственных глазах и глазах взрослых в случае необходимости выполнить непосильную задачу. Часто в школьной практике наблюдаются страхи перед учителями, ответов у доски, контрольной работы (в его основе часто лежит внутренний конфликт между «надо», «так хотят окружающие» и «я могу», т.е. страх не соответствовать ожиданиям окружающих).

По особенностям динамики невроза страха различают кратковременный и затяжной невроз. Кратковременный более типичен для детей младшего возраста. Продолжительность – до 3–4 недель. Затяжной вариант встречается в более старшем возрасте. Отмечается более сложная картина нарушений – тематика страхов расширяется, появляются соматовегетативные расстройства, расстройства сна, аппетита, ипохондрические опасения.

Системный невроз (специфически детский). Это невротическое расстройство, поражающее функционирование определенной системы органов (нарушение речи – мутизм, афония, заикание; нарушение выделительной системы – энурез, энкопрез, нарушения, связанные с появлением дополнительных движений (невротические тики), патологические привычные движения. Эти доминирующие симптомы в системных неврозах близки к нарушениям, которые возникают у взрослых при неврозах органов, при которых в клинической картине на первый план выступает нарушение деятельности одной из соматических функциональных систем (сердечно-сосудистая система, желудочно-кишечный тракт).

Типичным проявлением системных неврозов у детей являются моносимптомные невротические расстройства: тики, энурез, энкопрез, расстройства сна, аппетита, патологические привычки, такие как сосание пальца, кусание ногтей и ногтевых валиков, онанизм, выдергивание бровей, ресниц и т.д., которые могут протекать изолированно.

Невротические тики. Это разнообразные автоматизированные привычные элементарные движения (мигание, наморщивание лба, раздувание ноздрей, подергивания головой, плечами, «ухмылочки», «улыбочки», кусание губ, различные движения конечностей); респираторные тики (покашливание, «хмыкание», «хрюкающие» звуки). В части случаев тики имеют навязчивый характер и относятся к неврозу навязчивых состояний. Немаловажную роль в возникновении тиков играют резидуально-органические факторы в виде системной слабости стриопаллидарных функциональных механизмов и особенности наследственности. Невротические тики часто наглядно демонстрируют наличие конфликтной для ребенка ситуации развития и говорят о повышенной невротизации. В ряде случаев

состояние ребенка ухудшается, присоединяются другие невротические расстройства: эмоциональная лабильность, плаксивость, нарушения сна, астенические симптомы. Тики могут подавляться усилием воли, во сне исчезают. Невротические тики довольно часто сочетаются с энурезом и заиканием.

Энурез. Это недержание мочи во время сна. Энурез – одно из самых распространенных заболеваний в детском возрасте. Диагностика возможна с 2,5 лет. В дошкольном возрасте встречается чаще у мальчиков – 12–15% (у девочек – 7%). В начальной школе частота снижается до 4%, в пубертатном возрасте практически не наблюдается.

Энурез является неоднородным расстройством в силу разнообразия причин возникновения и по клиническим особенностям. Существуют две формы: невротическая (или неорганическая) и неврозоподобная. При невротическом энурезе значение в его этиологии имеет психотравмирующее воздействие (в том числе новое место жительства или пребывания), сочетается с другими невротическими расстройствами (астеническими проявлениями, тиками, страхами).

Исчезновение психотравмирующей ситуации способствует уменьшению и прекращению энуреза. В младшем школьном возрасте энурез воспринимается ребенком болезненно, как серьезный недостаток, тем самым усугубляя общую невротическую картину.

Энкопрез. Это непроизвольное выделение кала, преимущественно в бодрствующем состоянии. Также, как и энурез, представляет собой сложное в этиологическом, патогенетическом и клиническом отношениях расстройство.

У ребенка появляется небольшое количество испражнений на белье, первое время ребенок может сам не замечать этого. В дальнейшем дети начинают стыдиться, прячут белье, в остальных отношениях становятся подчеркнуто аккуратными. Либо, наоборот, не воспринимают энкопрез как что-то неподобающее.

При энкопрезе выявляются общевневротические симптомы (страхи, астеническое состояние и др.). В этиологии энкопреза существенную роль играют нарушенные материнско-детские отношения (депривация, симбиотическая привязанность).

Основные предпосылки возникновения неврозов у детей.

На сложность заболевания, многообразие лежащих в их основе причин указывают следующие предпосылки: психологическая травма как дебют заболевания, длительно действующие стрессогенные факторы, приводящие к истощению адаптационных возможностей ребенка; особенности внутреннего конфликта и психологической защиты ребенка; предневрозные характерологические черты и особенности темперамента. Однако даже наличие только характерологических особенностей – это повод обратиться за консультацией к психологу, чтобы избежать формирования невротического характера.

Характер как предпосылка невротических расстройств.

Невротические расстройства формируются на основе определенного сочетания следующих черт: неуверенность в себе, мнительность, робость; зависимость от окружающих, низкая ответственность; недоверчивость; малая активность, повышенная внушаемость, обидчивость, тревожность, фиксация на неудачах и т.д.

Каждому типу невротических расстройств, как правило, соответствует свой набор характерологических черт. Принято считать, что при диссоциативных и конверсионных расстройствах ребенок демонстративен, капризен, эгоистичен, эмоционально нестабилен. Для возникновения обсессивно-компульсивных расстройств у ребенка необходима предрасположенность в виде педантичности, боязливости, тревожности, мнительности, повышения инстинкта самосохранения, он чрезмерно рассудителен, «правилен». При предрасположенности к неврастении и фобиям ребенок физически слаб, утомляем, робок, боязлив, внушаем. Сквозным симптомом всех невротических расстройств является страх. Страх как эмоциональное переживание и реакция имеет серьезное адаптивное значение в жизни любого индивида. В случае невротических расстройств адаптивный механизм утрачивает адекватность, становится несоразмерным ситуации или «застревает», перестает выполнять приспособительную роль, утрачивает актуальность. А.И. Захаров обратил внимание на различия страхов как возрастных проявлений, присущих нормальному онтогенезу, и страхов невротических. Невротическим страхам, в отличие от возрастных страхов, присущи: большая эмоциональная интенсивность и

напряженность; длительное или постоянное течение и неблагоприятное влияние на формирование характера и личности; болезненное заострение, взаимосвязь с другими невротическими расстройствами и переживаниями (т.е. невротические страхи – это один из симптомов невроза как психогенного заболевания формирующейся личности), отражение на поведении не только посредством избегания объекта страха, но и всего связанного с ним нового и неизвестного, т.е. развитие реактивно-защитного типа поведения; более прочная связь с родительскими страхам и относительная трудность в плане их устранения. Кроме того, он выделил так называемую триаду страхов, которая гораздо чаще встречается при неврозах: страх одиночества, темноты, животных.

Следует дифференцировать невротические и неврозоподобные расстройства. Последние сопровождаются другими заболеваниями (эндогенные, органические). Неврозоподобная симптоматика (как следует из самого названия) сходна с невротической по симптомам, однако не имеет в качестве причины возникновения реальную связь с психотравмой.

Вопросы для самоконтроля

1. Дайте определение невротических расстройств и назовите причины их возникновения.
2. Назовите общие признаки невротических расстройств.
3. В чём отличие между невротической реакцией, невротическим состоянием и невротическим развитием личности?
4. Назовите основные типы неврозов у детей.
5. Опишите признаки неврастении, причины её возникновения.
6. Опишите признаки обсессивно-компульсивного расстройства.
7. Опишите признаки конверсионного и диссоциативного расстройства, предрасполагающие факторы.
8. Опишите признаки тревожно-фобического расстройства.
9. Раскройте понятие системного (специфически детского) невроза. Опишите признаки его виды и признаки.
10. Раскройте основные предпосылки возникновения неврозов у детей.

3.3. Школьная дезадаптация

Период школьного обучения – это качественно иной в сравнении с предшествующими институтами этап социализации, складывающийся из совокупности умственных, эмоциональных и физических нагрузок, которые предъявляют новые, усложненные требования к психофизиологическим, интеллектуальным, личностным возможностям ребенка.

Многообразные аспекты проблемы адаптации ребенка к этим требованиям издавна привлекали внимание разных специалистов, работающих с детьми младшего школьного возраста и подростками: детских психиатров, психологов, педагогов, педагогов-дефектологов, физиологов, социологов. Широко представленные исследования школьной неуспеваемости детей без признаков выраженной интеллектуальной недостаточности, нарушения поведения у школьников, не имеющие отчетливой клинической картины, но при этом выступающие как этап формирования пограничных нервно-психических расстройств, послужили основанием для выделения относительно самостоятельного объекта междисциплинарных исследований, получившего название «школьная дезадаптация». Специалисты, работающие по данной проблематике, единодушно отмечают рост количества учащихся со «школьной дезадаптацией» (количество таких учащихся, по разным исследованиям, составляет от 31,6 до 76,9% от общего числа всех учащихся).

Масштаб явления, его негативные последствия (социальная дезадаптация, нарушения поведения на клиническом и социальном уровнях) выводят проблему школьной дезадаптации на передний план в области пограничных расстройств детского возраста. В основе ухудшения психического здоровья в целом и школьной дезадаптации в частности лежат такие системообразующие факторы, как политическая и экономическая нестабильность общества, «духовный кризис», экологические, демографические, миграционные и другие причины. При всем многообразии факторов, приводящих к возникновению школьной дезадаптации, она не может быть понята вне рассмотрения патопсихологических механизмов и патопсихологической оценки.

Известно, что школьная дезадаптация в начальной школе проявляется главным образом в нарушениях обучаемости, а не поведенческими расстройствами. В основе первых лежат мозговые особенности когнитивных процессов. Школьная дезадаптация, безусловно, требует разработки коррекционных мероприятий.

Школьная дезадаптация – нарушение (отклонения) полноценной адаптации к обстановке школьного обучения, под которой подразумевается совокупность умственных, эмоциональных и физических нагрузок, как связанных, так и не связанных с учебным процессом непосредственно.

По мнению большинства психологов, поступление ребенка в школу является стрессогенным фактором, поскольку школа качественно отличается от предшествующих институтов социализации (семья, дошкольные учреждения) системой требований к личности ребенка в целом.

Социально-психологические особенности ребенка прямо или опосредованно определяют возможности адаптации ребенка к школе. Внешними критериями школьной дезадаптации являются: несоответствие социопсихологического и психофизиологического статуса ребенка и требований школы как института социализации; низкая успеваемость; слабое усвоение новых социальных норм; нарушения дисциплины.

Признаки могут встречаться по отдельности и в совокупности.

Школьная дезадаптация может быть частным проявлением общей социально-психологической дезадаптации (обычно у детей с наличием различных нервно-психических расстройств или неблагоприятными социальными условиями) или непосредственно связана с отклонениями в ведущей учебной деятельности, проявлением дидактогении.

В группу риска по школьной дезадаптации попадают дети, в анамнезе у которых имеются резидуальная органическая патология ЦНС и неблагоприятные социокультурные условия, предшествующие школьному периоду. Риск дезадаптации ребенка повышается в определенные кризисные моменты: во время поступления ребенка в школу; в период перехода из начальной школы в среднюю. Объективно это совпадает с появлением новой ведущей деятельности, так же, как и психофизическими

особенностями созревания организма подростка. Важную роль в школьной адаптации и развитии ее нарушений играет личность ребенка со своими индивидуальными и возрастнопсихологическими проявлениями.

Профилактика школьной дезадаптации предполагает умение прогнозировать обучаемость ребенка с целью создания адекватных возможностям ребенка условий обучения, максимально раннюю коррекцию общей социально-педагогической дезадаптации различными специалистами, реализацию индивидуального подхода в выборе мер психолого-педагогической коррекции нарушений школьной адаптации.

Дидактогении

Со школьной дезадаптацией тесно связано понятие дидактогении. **Дидактогении** (от греч. «дидактос» – приобретаемый посредством изучения и «генос» – происхождение), или педагогения, – это отклонения в здоровье ученика, обусловленные и связанные с процессом обучения в широком смысле.

При широком понимании характера воздействия различают физическую и психическую дидактогению.

Физическая дидактогения – это возникновение соматических (физических) отклонений вследствие учебной и других видов деятельности в школе (гастрит вследствие неправильного питания, близорукость и сколиоз в связи с нарушением санитарно-гигиенических норм).

Психическую дидактогению относят к разряду психогений, поскольку прослеживается психогенный механизм возникновения и развития отклонения в психическом здоровье ученика. Психическая дидактогения – это нарушения психической сферы учащегося вследствие условий обучения.

К проявлениям дидактогении относятся различные по типу и динамике реакции:

– **депрессивные состояния**, в том числе в виде страха разной интенсивности (отказ идти в школу, пассивно выражаемое нежелание учиться, страх перед учителем, ответа у доски, контрольной работы, ожидания отметки и т.д.);

– **сверхценное отношение** к учебе, к выполнению домашних заданий и др.

В большинстве случаев дидактогении речь идет не об острых реакциях на получаемый в процессе обучения стресс, а о хронических состояниях. Специфика дидактогении может определяться психотравмирующей учебной ситуацией, особенностями личности ученика, его физическим состоянием и возрастом. Источниками дидактогении выступают личность ученика, а также личность педагога вкупе со стилем обучения и, собственно, особенностями процесса обучения.

Если роль личности ученика в возникновении дидактогении является решающей, следует говорить о **псевдодидактогении**, поскольку трудности адаптации у данного индивида распространяются на все области жизнедеятельности, а не только учебную. Личность ученика, его возрастные и индивидуально-психологические особенности, например, обостренная эмоциональность младших школьников, может стать «слабым звеном» и облегчить возникновение дидактогении. У девочек отмечается эмоциональная нестабильность (высокая тревожность и напряженность), у мальчиков – напряженность и раздражительность. Среди школьников средней возрастной группы (10–11 лет) достоверно чаще встречаются неуверенные в себе и легкоранимые дети. В подростковом возрасте личностный фактор становится особенно значимым в возникновении дидактогении. Стремление к самоутверждению, обостренная потребность в самоуважении приводят к повышенной конфликтности. В этой связи возрастает значение личности педагога и проблема совместимости педагога и ученика.

Личность педагога и стиль обучения существенны для возникновения дидактогении. В настоящее время расхожее представление о типах педагогических стилей как авторитарном и демократическом весьма неудовлетворительно. Стили педагога нуждаются в более пристальном психологическом исследовании и квалификации. Известно, что стили обучения, различающиеся в зарубежной психологии, такие как актерский, полемический, доверительный и другие, изучались главным образом со стороны успешности обучения, показателей успеваемости, уровня знаний, а не со стороны влияния на психическое здоровье ученика.

Особенности самого процесса обучения, как следует из названия, влияют на возникновение дидактогении. Речь идет о

ситуации школьного образования в целом. Магистральным направлением развития обучения является интенсификация учебного процесса, а не экстенсификация (т.е. за счет увеличения учебной нагрузки как по времени пребывания в школе, так и за счет увеличения охвата различными предметами и увеличением объема изучаемого материала). Чрезмерные нагрузки у детей, несогласованность между структурами начальной и средней школы, отсутствие преемственности в программах и методах обучения, нарушения необходимых медико-социальных, санитарно-гигиенических норм пребывания ребенка в школе – факторы, которые приводят к появлению отклонений у детей, наблюдаемые в популяции в целом.

Дети с педагогической и социальной запущенностью и пониженной обучаемостью

Термин «педагогическая запущенность» обычно применяется к школьникам в значении одной из причин неуспеваемости. Это частный вид дидактогении. Педагогическая запущенность понимается в узком значении, когда причина школьной неуспеваемости кроется в наличии пробелов, образовавшихся из-за пропуска занятий по болезни, по семейным обстоятельствам либо другим причинам, носит обратимый характер (как только ликвидируются пробелы, неуспеваемость исчезает).

Социально-педагогическая запущенность понимается как ущербность микросоциальных условий (социальная депривация, материнская депривация) развития на ранних и/или более поздних этапах онтогенеза, вследствие которой ребенок приобретает устойчивое состояние психики, характеризующееся как недостаточно полноценное психическое развитие.

В соответствии с методологией культурно-исторического подхода, обучению принадлежит ведущая роль в психическом развитии ребенка. Чтобы ребенок развивался в процессе обучения, оно должно ориентироваться на сложившиеся особенности умственной сферы ребенка и на те особенности умственной деятельности, которые еще только начинают формироваться. Психическое развитие предполагает диалектическое взаимодействие внешнего и внутреннего. Внешние воздействия непосредственно не определяют особенности развивающейся личности. С.Л. Рубинштейн разрабатывал проблемы внутренних

условий психического развития, общей зависимости обучения от обучаемости, предпосылок, лежащих в субъекте обучения.

Понятие педзапущенности тесно связано с причинами пониженной обучаемости, лежащими не столько в субъекте, сколько в особенностях условий развития ребенка. В экспериментальных работах клинических и школьных психологов исследуются особенности учащихся разной степени педагогической запущенности умственного, нравственного, физического развития и учащихся с нарушенным темпом физического и умственного развития вследствие функциональных расстройств психической деятельности и недостатков здоровья (категория детей с ЗПР). Как правило, речь идет о детях с пониженной обучаемостью, или с так называемыми трудностями школьного обучения. Ниже приводятся краткие характеристики детей с пониженной обучаемостью, развитие которых входит в сферу изучения патопсихологии детского возраста.

Среди категории детей с низкой обучаемостью всегда находится небольшая часть, отставание в развитии у которых связано с ранней и глубокой социально-педагогической запущенностью. Вследствие отсутствия необходимой социальной стимуляции в сензитивные сроки у них страдают все стороны психического развития. Это, прежде всего, педагогически запущенные дети и дети с психогенной формой ЗПР.

Достижения дефектологии и специальной психологии в вычлениении специфических особенностей развития детей с проблемами и обучении дошкольного и младшего школьного возраста позволяют более точно дифференцировать эти группы детей.

Формы неуспеваемости различают по времени происхождения («ранняя» и «поздняя»), по качеству ущерба психологического развития интеллектуальной и личностной сферы, степени вреда психическому развитию. Пониженная обучаемость детей имеет разные причины и потенциальные возможности обратимости.

Острота проблемы типологии пониженной обучаемости напрямую связана с поисками адекватных путей коррекционной помощи ним детям, необходимостью программ, эффективной индивидуализированной помощи детям. Низкая обучаемость

вариабельна не только по степени выраженности этого качества, но и в зависимости от причин нарушения психического развития ребенка (следовательно, и в зависимости от степени обратимости этого состояния в специально созданных условиях).

Школьная дезадаптация детей и подростков с психическими расстройствами. Школьная дезадаптация может наступить у детей, имеющих психическое расстройство. Специальное исследование, посвященное оценке школьной дезадаптации детей и подростков с психическими расстройствами, было предпринято О.П. Шмаковой. На материале психоневрологического диспансера (г. Москва) она проследила частоту встречаемости и качество школьной дезадаптации у психически больных детского и подросткового возраста. Была выявлена значительная распространенность школьной несостоятельности у пациентов амбулаторного поликлинического звена психиатрической помощи, страдающих психическими расстройствами. Среди них щадящих условий обучения требовали 43%, обучались в стандартных условиях – 57% пациентов. Щадящие формы обучения – индивидуальные (в школе и на дому); обучение в специализированных коррекционных учебных заведениях; обучение в школах при психиатрических больницах; в классах выравнивания.

Трудности обучения касались преодоления образовательных нагрузок и взаимоотношений с окружающими. Коррекция этих трудностей осуществлялась средствами психофармакотерапии и психолого-педагогической помощи. Успешность преодоления школьной дезадаптации связывалась с легкой степенью выявляемых психопатологических нарушений; относительно более поздней манифестацией заболевания (в пубертатном и препубертатном возрасте) при обязательном выполнении пациентом терапевтических рекомендаций психиатра. Важным в деле адаптации был мультидисциплинарный подход специалистов (психологов, педагогов-дефектологов, логопедов), работающих в одной «команде», и активное участие родителей (гиперпротективная, заинтересованная позиция родителей по отношению к обучению). Позитивное влияние оказывает наличие у ребенка (подростка) устойчивых познавательных интересов, в том числе сверхценных увлечений какой-либо отраслью знаний, и

отсутствие сложившихся стереотипов антисоциального личностного реагирования.

Была обнаружена дифференциация частоты встречаемости школьной дезадаптации в разных выборках больных. Не справляются с программой, требуют щадящих условий обучения: 83% больных шизофренией; 67% больных с аффективной патологией; 57% больных с расстройствами личности; 53% больных эпилепсией.

Так же, как и у здоровых сверстников, у психически больных детей существуют периоды, когда возникновение школьной дезадаптации «облегчается». Школьная дезадаптация чаще регистрируется при начале обучения в школе (1 класс); переходе из младшей школы в среднюю (V класс) и в период окончания средней школы (VII–IX классы). С этими периодами сопоставимы критические возрастные периоды (кризис 7 лет и пубертатный). В случае перехода на обучение в среднюю школу большее значение имеет изменение социального жизненного стереотипа (на первый план выступают психогенные причины для возникновения дезадаптации).

О.П. Шмакова предлагает следующее деление школьной дезадаптации у психически больных детей и подростков (независимо от нозологии):

- по продолжительности – временная (до 6 мес.) и стойкая;
- по причинам – манифестация/обострение психического заболевания, или вследствие патологического личностного развития (по психогенным механизмам);
- по сфере преобладающих нарушений (когнитивные, поведенческие, с нарушением социальных контактов, сочетанные виды);
- по степени выраженности – выраженная, наличие школьной дезадаптации, угроза ее возникновения.

Отмечается, что имеется нозологическая специфика видов школьной дезадаптации, а время ее преодоления может быть очень длительным.

Для успешного пребывания в образовательном учреждении ребенка с психическим нездоровьем необходима комплексная работа специалистов – врачей, а также качественное психолого-

педагогическое сопровождение, осуществляемое силами психологов, педагогов и социальных работников.

Вопросы для самоконтроля

1. Раскройте понятие школьной дезадаптации и критерии её диагностики.
2. Назовите группы риска по школьной дезадаптации.
3. Дайте определение дидактогении, опишите её проявления, отличия от псевдодидактогении.
4. Охарактеризуйте педагогическую и социально-педагогическую запущенность школьника.
5. Назовите возрастные критические периоды проявлений школьной дезадаптации.
6. Раскройте деление школьной дезадаптации у психически больных детей и подростков (независимо от нозологии) (по О.П. Шмаковой).

3.4. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью

Для большинства специалистов синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) является ключевым в клинической картине минимальных мозговых дисфункций и рассматривается как нейробиологическое нарушение, патогенез и этиология которого носят комбинированный характер. Помимо нарушений внимания, гиперактивности, импульсивности, у этих детей отмечаются вторичные трудности в обучении, межличностных отношениях и социализации. СДВГ может сочетаться с поведенческими расстройствами, задержками формирования языка и речи, школьных навыков.

В 1962 г. на конференции международных экспертов-неврологов в Оксфорде был введен термин ММД – минимальная мозговая дисфункция. В настоящее время этот термин употребляется относительно редко. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью с 1987 г. – отдельный вид патологии по DSM-IV, включен в МКБ-10 (раздел F90.0 – расстройства активности и внимания).

Распространенность этого синдрома по разным оценкам составляет в США – 4–20%; в Великобритании 1–3%; в Италии 3–10%; в Китае 1–13%; в России и СНГ – 5–7 %. Поданным современных исследователей, частота проявлений синдрома СДВГ растет с каждым годом. Ю.С. Шевченко полагает, что такая картина является следствием общих тенденций, связанных с ухудшением психического здоровья детей (причинами могут выступать: особенности семьи, школы, общей экономико-политической ситуации). Н.Н. Заваденко связывает тенденцию роста данных по частоте проявлений СДВГ с улучшением диагностики, указывает число больных 5–7% от общего числа детей.

Синдром имеет выраженные гендерные различия: частота встречаемости у мальчиков в 2–3 раза чаще, но с возрастом соотношение мальчиков и девочек меняется: в 7–12 лет это соотношение – 3:1; в 13–15 лет – 1:1; в 20–25 лет – 1:2 (преобладают девушки).

Специфика проявлений также меняется с возрастом. В возрасте 3–6 лет эти нарушения проявляются у детей как гипердинамический синдром. У младших школьников на первый план выступают нарушения школьных навыков, разрушительное поведение, аффективные и тревожные расстройства, нарушения развития моторики и речи. У подростков – делинквентное поведение, злоупотребление психоактивными веществами. У взрослых чаще встречаются личностные расстройства, нарциссизм, пограничные нарушения психики, обсессивно-компульсивные расстройства, депрессии, злоупотребление психоактивными веществами.

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) является диагностически наиболее частой причиной школьной дезадаптации. Для СДВГ характерно постоянство нарушений и относительная независимость от микросоциальных условий пребывания ребенка (и дома, и в детском коллективе). Диагностическими критериями в соответствии с МКБ-10 данного синдромокомплекса являются **дефицит внимания, гиперактивность и импульсивность.**

Нарушения внимания квалифицируются, когда ребенок:

– с трудом сохраняет внимание при выполнении заданий или во время игр;

– не в состоянии выполнять задания до конца, что не связано с негативным настроением или непониманием сути задания;

– легко отвлекается на посторонние раздражители;

– избегает заданий, при выполнении которых требуется длительное сохранение внимания, либо проявляет агрессивность, чтобы не делать такие задания;

– испытывает затруднения при самостоятельной организации различных видов деятельности;

– часто теряет предметы, необходимые для выполнения заданий;

– проявляет забывчивость в повседневных ситуациях;

– не слушает «обращенную» речь;

– демонстрирует неспособность удержать внимание на деталях, допускает частые ошибки.

Синдром гиперактивности проявляется следующими симптомами:

– ребенок не может играть в тихие, спокойные игры;

– бегает, крутится, пытается куда-то влезть, проявляет бесцельную двигательную активность;

– находится в постоянном движении, «как будто к нему прикрепили мотор»;

– не сидит спокойно, вскакивает;

– крутится, ерзает на месте, совершает лишние движения кистями и стопами;

– демонстрирует болтливость.

Синдром импульсивности включает ряд типичных симптомов:

– ребенок отвечает на вопросы, не задумываясь, не дослушав вопрос;

– допускает выкрики во время уроков;

– мешая другим детям, взрослым, пристаёт, влезает в игры, разговоры;

– не ждет своей очереди в коллективных играх;

– совершает опасные для себя и окружающих действия, но при этом не ищет острых ощущений или приключений;

– часто вступает в драки, но не по причине агрессивности, а

из-за неумения проигрывать.

Диагностическим критерием выступает сочетание шести симптомов гиперактивности и импульсивности и шести нарушений внимания, наблюдаемые не менее шести месяцев (по А.Л. Сиротюк).

Существует ряд теорий относительно ведущих факторов патогенеза данного заболевания. Основными среди них являются:

1) генетическая концепция (наследственная предрасположенность);

2) теория, сосредоточивающаяся на роли пренатальных, перинатальных и ранних постнатальных факторов;

3) теория, подчеркивающая значение факторов негативного воздействия в первые годы жизни ребенка.

Наследственная предрасположенность – наиболее распространенный фактор в этиопатогенезе заболевания. Ю.С. Шевченко, ссылаясь на данные американских ученых, говорит, что 20–30 % родителей страдают или страдали синдромом нарушения внимания и гиперактивностью. Кроме того, у родителей чаще, чем среди популяции в целом, встречаются алкоголизм, асоциальное расстройство личности и аффективные расстройства. В настоящее время ведется активный поиск генетических маркеров заболевания. Для СДВГ типична не только избыточная двигательная активность и импульсивность поведения, но и нарушения когнитивных функций, двигательная неловкость. Эти проявления в значительной степени связаны с недостаточностью организации, программирования и контроля психической деятельности и указывают на важную роль дисфункции префронтальных отделов больших полушарий головного мозга в генезе СДВГ.

Большинство специалистов указывают на значимость повреждений головного мозга в пренатальный и перинатальный период жизни ребенка. Н.Н. Заваденко отмечает роль раннего повреждения головного мозга в период беременности и родов в формировании СДВГ.

Вопросы для самоконтроля

1. Раскройте определение и основные симптомы СДВГ.

2. Опишите распространенность и ведущие факторы возникновения СДВГ.

3. Опишите проявления СДВГ в зависимости от возраста, гендерные отличия.

4. Охарактеризуйте нарушения внимания у детей с СДВГ.

5. Охарактеризуйте синдром гиперактивности у детей с СДВГ.

6. Охарактеризуйте синдром импульсивности у детей с СДВГ.

7. Перечислите диагностические критерии СДВГ.

3.5. Юношеские депрессии

Характеристика аффективных нарушений в подростковом и юношеском возрасте

Подростковый и юношеский возраст является одним из важных этапов онтогенеза: в этот период формируются системы, определяющие индивидуальные физиологические особенности организма и социального поведения индивидуума.

Наступающие в пубертатном периоде психологические изменения выражены столь значительно, что многие психиатры и психологи образно характеризуют период юности как время «бури и натиска», «шторма и стресса», отмечая родство происходящих в юности перемен с болезненными проявлениями. В этом смысле У. Блюменфельд рассматривает пубертат как «психическое расстройство особого типа» и отмечает, что продолжение существования во внутреннем равновесии в данный период является аномальным состоянием. Специалисты, даже занимающие более осторожную позицию в этом вопросе, все же подтверждают, что большинство юношей строптивы, дерзки, непокорны, проявляют беспокойство, нервозность, грубость, невоспитанность, склонны к безрассудному, опрометчивому поведению, импульсивным поступкам. Молодые люди часто конфликтуют с родителями, эмоционально неустойчивы, легко срываются, часто бывают подавлены или проявляют другие отрицательные эмоции.

Заметные качественные изменения происходят в области высших психических функций. Созревающая когнитивная сфера, развитие комплексной и ассоциативной памяти, логического и

критического мышления обеспечивает способность мыслить абстрактно, испытывать заботу о будущем. Процесс перестройки сферы мышления носит характер «когнитивной революции», когда происходит не только созревание, но и раскрываются высшие формы когнитивных мыслительных процессов, наступает переход к формально-логическому и гипотетико-дедуктивному мышлению, развиваются комбинаторные, пропозициональные операции с отвлеченными абстрактными понятиями.

Отмеченные особенности в данном возрасте сочетаются с определенными физиологическими и психологическими изменениями: недостаточность регулирующих влияний лобных отделов коры на процессы корковой активации, недостаточное участие переднецентральных отделов коры в оценке результатов деятельности, неполная зрелость механизмов стратегии восприятия, с одной стороны, и бурный процесс развития высших форм когнитивных процессов мышления – с другой. Все это создает предпосылки для возникновения юношеской склонности к формированию сверхценных образований, «поразительной переоценки чего-то одного», «моноидеистических тенденций».

Качественное изменение стереотипов поведения является еще одной важной стороной взросления. Период полового созревания знаменуется выраженным стремлением к независимости, самостоятельности, протестом или сопротивлением авторитарному влиянию родителей, учителей и, вообще, старших по возрасту людей. Взаимоотношения с родителями и другими взрослыми людьми в это время приобретают весьма противоречивый характер ввиду чередующихся смен бунта и эмоционального тепла, недоверия и сотрудничества. Одновременно в жизни молодого человека приоритетным становится признание со стороны сверстников. Подростки и юноши, стремясь соответствовать языку, одежде, музыкальным вкусам ровесников, формируют особую молодежную культуру с определенным набором ценностей, поведенческих норм, позиций.

Специфика данного возрастного периода – бурная пубертатная психофизиологическая перестройка и необходимость решения трудовых, социальных, семейных и интерперсональных проблем – создает реальные предпосылки для развития у ряда лиц юношеского возраста психических нарушений. Возникающие в

юношеском возрасте аффективные и в первую очередь депрессивные расстройства, наряду с другими психопатологическими проявлениями, нередко приводят к значительному искажению социального развития, что способно оказать необратимое влияние на дальнейшую судьбу молодого человека.

Эпидемиологические исследования показывают, что в подростковом и юношеском возрасте депрессии развиваются особенно часто.

В последние годы все большее внимание психиатров, психологов, криминалистов и социологов привлекает социально-медицинская сторона проблемы юношеских депрессий. Речь идет о суицидальном поведении в подростковом и юношеском возрасте.

Все исследователи подчеркивают сложность проблемы распознавания и нозологической квалификации юношеских аффективных расстройств, обусловленную их атипичностью. Последнее обычно связывают с особой выраженностью возрастной психобиологической перестройки организма. В формировании картин депрессии участвуют: 1) проявления пубертатного криза; 2) признаки начинающегося заболевания; 3) особенности преморбидной личности.

Клинические особенности юношеских депрессий

Наиболее важной особенностью психопатологической картины юношеских депрессий являются стертость и атипичность классической депрессивной триады, выражающиеся в изменении соотношения ее тимического, идеаторного и моторного компонентов. Тимические нарушения чаще представлены апатоадинамическим, дисфорическим и тревожным аффектами. Относительно редко встречается типичный для лиц среднего и пожилого возраста тоскливый аффект. Остановимся более подробно на особенностях каждого типа аффекта (**тимический компонент депрессии**).

Апатоадинамический аффект. Видимыми признаками этого аффекта являются вялость, апатия, скука, безразличие и угрюмая раздражительность. Настроение, характеризуясь подавленностью и унынием, сопровождается снижением энергии и инициативы, достигает иногда такой выраженности, что кажется сходным с апатоабулическими состояниями, наблюдаемыми в

дебюте юношеской шизофрении. Довольно часто у таких больных наблюдалось падение жизненного тонуса, ощущение мышечной вялости, однако основную фабулу их переживаний составляли ощущения быстрой «умственной истощаемости», «рассеянности», «морального бессилия», «нравственного безразличия». Некоторые больные жаловались на затруднение, иногда невозможность выполнения ими умственной работы и преодоления физических нагрузок, отсутствие стремления к какому-либо виду и цельности. Для школьников и студентов (из-за практически полного исчезновения побуждений к любому виду деятельности) характерно снижение успеваемости. Основанием для установления диагноза депрессии при апатодинамическом типе аффекта являются не только общие клинико-психопатологические особенности, но и факультативные признаки депрессивного состояния, включая соматические, о которых речь пойдет ниже.

Дисфорический аффект. При этом виде аффекта доминирует картина депрессии с угрюмостью, раздражительностью, выраженным недовольством собой и окружающими, гневливостью, взрывчатостью вплоть до агрессии, преимущественно к близким людям, что внешне сходно с психопатическими и психопатоподобными, в том числе гебоидными, проявлениями.

Дисфорические депрессии представляют известные трудности для распознавания: только у пятой части таких больных в качестве причины обращения выступает нарушение настроения, у остальных поводом для обращения к психиатру являются нарушения поведения, трудности в учебе, психосоматические расстройства.

На фоне дисфорического настроения могут появиться признаки психомоторного возбуждения, которые, по мере нарастания дисфории, ведут к конфликтному поведению с агрессивностью. Больные затевают конфликты, угрожают физической расправой, уходят из дома, бесцельно бродят по городу. При этом они связывают свое поведение с ощущением внутреннего напряжения, которое пытались снять.

Тревожный аффект. На фоне общего снижения настроения присутствует постоянное или эпизодическое ощущение тревоги, сопровождающееся двигательным возбуждением в виде ажитации

с ускоренной речью, что составляет суть тревожного аффекта. Больные в этих случаях испытывают безотчетную тревогу, нередко не в состоянии усидеть на месте. В легких случаях ходят из угла угол, в более тяжелых – мечутся по комнате. Такую тревогу больные часто ощущают физически, что позволяет говорить о ее витальном характере. При тревожной депрессии нередко наблюдаются суточные колебания состояния с наибольшей выраженностью тревоги во второй половине дня.

Аффект тоски. Этот тип аффекта встречается в юношеском возрасте редко и представляет собой сочетание угнетенности, уныния, утраты чувства радости.

Моторный компонент. Этот вид расстройства депрессивной триады при юношеских депрессиях, в отличие от депрессивных состояний зрелого возраста, характеризует относительная редкость выраженной двигательной заторможенности. Может обнаруживаться лишь некоторое снижение двигательной активности. Именно на это обычно обращают внимание родственники, описывая происходящие с больными перемены. Сами же больные говорят о некоторой неловкости, своеобразной «неуклюжести» и скованности движений.

Идеаторные расстройства. Это третий компонент триады. В клинической картине юношеских депрессий по сравнению с больными зрелого возраста имеет больший удельный вес и встречается почти у всех больных. У большинства пациентов доминируют жалобы на невозможность сосредоточиться, отвлекаемость, забывчивость, трудность осмысления и усвоения даже простого учебного материала на фоне неизменного темпа речи.

При клинико-психопатологическом обследовании выявляется высокий уровень когнитивных расстройств разной качественной структуры: от легкой рассеянности, забывчивости и невозможности сосредоточиться до «наплывов», «обрывов» и «параллельности» мыслей. Наряду с этими симптомами больных беспокоит ощущение отсутствия воли и внимания, что также можно было связать с заторможенностью интеллектуальных процессов. Выраженность когнитивных расстройств может отражать вклад возрастного фактора в формирование атипичности депрессивной триады.

Юношескому возрасту свойственны особые идеаторные нарушения, касающиеся ценностно-смысловой сферы с доминированием рационалистических размышлений о неизбежности смерти, бессмысленности учебы, работы и вообще существования, что способствует формированию особого депрессивного мировоззрения (экзистенциальная депрессия, по Н. Hefner), увлечению мистицизмом, «бегству в религию». Депрессивная оценка собственной личности и окружающего мира может перерасти в пессимистически окрашенные абстрактные размышления о бессмысленности существования человечества в целом, принимая характер «мегаломанического отрицания» всего сущего, что приводит больных к увлечению различными религиозными догмами, необычными философскими концепциями, размышлениям о переустройстве мира. При этом обвинительный пафос чаще всего направлен на родителей или близких больного.

Сверхценные образования при юношеских депрессиях могут иметь дисморфофобическую фабулу, которая находит отражение в низкой самооценке вплоть до идей самообвинения и самоуничужения.

Больным с психопатоподобными расстройствами свойственны конфликтность, грубость, злоупотребления алкоголем и лекарственными препаратами, склонность к противоправному (делинквентному) поведению и оппозиция к родственникам. Это следует отнести также к психопатологическим особенностям юношеских депрессий. Нарушения поведения связаны в основном не с расстройством влечений, а с недовольством больным собой и окружающими, с чувством неприкаянности, «пустоты» и проекцией чувства вины вовне (на свое ближайшее окружение).

Среди других компонентов депрессии в юношеском возрасте (в отличие от депрессий больных зрелого возраста) следует отметить инверсию режима сна и бодрствования – больные в течение всего дня спят, а бодрствуют лишь по ночам, а также преобладание нарушений сна в виде гиперсомнии, описанной в качестве характерного симптома юношеских депрессий еще Ю.В. Каннабихом.

Юношеские депрессии имеют особенности вегетативных расстройств. В отличие от лиц зрелого возраста у юношей преобладают соматовегетативные проявления в виде значительных

колебаний артериального давления, тахикардии, приступов диспноэ с ощущением затрудненного и неполного вдоха или с повышением частоты дыханий, иные подобные нарушения. Подобные симптомы иногда служат причиной постановки ошибочного диагноза «ювенильной гипертонии», которая, как правило, оказывалась необычно резистентной к гипотензивной терапии и при этом в большинстве случаев легко устранялась при лечении антидепрессантами. Кроме того, у больных юношескими депрессиями отмечается повышение аппетита, что приводит иногда вследствие булимии к увеличению массы тела, либо, наоборот, снижение аппетита, влекущее за собой истощение на почве нервной анорексии.

Типы юношеских депрессий

Классификация юношеской депрессии по М.Я. Цуцуйковской и Г.П. Пантелеевой: депрессия с картиной юношеской астенической несостоятельности, психастеноподобная депрессия, дисморфофобическая депрессия, депрессия с картиной «метафизической интоксикации», деперсонализационная депрессия, гебоидная депрессия, депрессия с обсессивно-фобическими расстройствами, сенесто-ипохондрическая депрессия и депрессия с «психогенным содержанием». Следует отметить, что выделение перечисленных типов юношеских депрессий подразумевает их относительно дискретный характер при непрерывности переходов между синдромальными типами. Рассмотрим каждый из типов юношеской депрессии.

Депрессия с юношеской астенической несостоятельностью. Выявляется наиболее часто. Клиническая картина депрессий характеризуется: повышенной интеллектуальной утомляемостью, выраженными затруднениями при умственной деятельности, осмыслении и запоминании учебного материала, снижением энергии и продуктивности, ослаблением инициативы. На первый план выступает объективно и субъективно определяемое снижение уровня активности при незначительной выраженности собственно тимического, моторного компонентов депрессии и других проявлений болезни (обсессивно-фобических, сенестопатических, дереализационных и деперсонализационных расстройств, сверхценных идей ипохондрического содержания и сенситивных идей отношения).

Одной из ведущих особенностей перечисленных состояний является доминирование в структуре депрессии когнитивных нарушений: идеаторного торможения, своеобразных расстройств мышления, обуславливающих затруднения в восприятии учебного материала и в связи с этим несостоятельность в учебе.

Важной особенностью этого типа депрессии являются часто высказываемые пациентами жалобы на быструю психофизическую утомляемость, тягостную усталость, разбитость, отсутствие бодрости, снижение жизненного тонуса, явления гиперестезии, рассеянность, забывчивость.

Юношеские психастеноподобные депрессии.

Характеризуются появлением на фоне быстрой утомляемости несвойственных пациентам ранее нерешительности, неуверенности в себе, мнительности, болезненной рефлексии, трудностей контакта с окружающими, чувства «внутренней напряженности» в присутствии посторонних. У них преобладает тревожный эффект с оттенком подавленности, угрюмой раздражительности. В ряде случаев у больных школьного возраста озабоченность неудачами в учебе достигает степени острой тревоги и страха за свою трудовую будущность. У некоторых больных развиваются так называемые школьные фобии. В ряде случаев на первый план в картине депрессии выступают такие расстройства, как нерешительность, неверие в свои силы, болезненная рефлексия. Как правило, больные жалуются на появление неуверенности, на то, что стали во всем сомневаться, потеряли способность самостоятельно принимать решения из опасения, что сделают что-нибудь неправильно, ошибутся. В тесной связи с этими нарушениями находятся возникавшее у больных ощущение робости, неловкости, повышенной застенчивости при общении с людьми. Они отмечают, что им стало трудно находиться в обществе из-за «скованности», «внутренней напряженности» в присутствии посторонних лиц.

Дисморфофобический вариант юношеских депрессий.

Главной особенностью этих депрессий является доминирование в клинической картине идей недовольства собственной внешностью. В большинстве случаев эти сверхценные идеи в той или иной степени тесно сочетаются с мыслями о собственной психической неполноценности, с тревожными опасениями плохого к себе отношения, т.е. с сенситивными идеями отношения, сочетающимися

с обсессивно-фобическими, сенестоалгическими и деперсонализационными расстройствами по типу соматопсихической деперсонализации.

Депрессивный синдром с картиной «метафизической интоксикации». В клинической картине этих депрессий на передний план выступает усиленная рефлексия с фиксацией на своем «духовном Я» и поиском философских истин. Создание мировоззренческих систем сопровождается ослаблением прежних интересов и побуждений при незначительной выраженности других проявлений болезни (обсессивно-фобических, дереализационных и деперсонализационных расстройств, сверхценных идей дисморфофобического содержания, сенситивных идей отношения и др.).

Доминирование пессимистических размышлений свидетельствует о депрессивном генезе таких состояний, а более детальное клиническое обследование позволяет обнаружить и основные компоненты депрессивного синдрома, к которым относятся депрессивная триада, расстройства сна, суточные колебания настроения, соматовегетативные проявления, идеи малоценности и суицидальные мысли. В качестве доминирующего феномена в клинической картине выступают сверхценные построения в виде идей бессмысленности человеческого бытия и вытекающие из этой концепции размышления о сущности смерти и правомочности самоубийства, приобретающие характер депрессивного мировоззрения.

Деперсонализационная депрессия. Собственно депрессивная симптоматика проявляется у них угрюмо-дисфорическим оттенком настроения, реже тоской и тревогой. При этом, как правило, не выявляется признаков идеомоторного торможения или оно выражено крайне незначительно.

Собственно деперсонализационная симптоматика у больных представлена преимущественно аутопсихической деперсонализацией в виде психической анестезии (с ощущением утраты или неполноты чувств, ангедонии), чувства неполноценности и ограниченности мышления, представлений, воспоминаний, ощущения нереальности, отчужденности своего Я или его раздвоенности. Имеет место болезненное, мучительное

ощущение утраты прежней личностной структуры, творческого начала, способности к синтезу, гибкости ума.

Гебоидный вариант депрессий. В клинической картине на передний план выходят психопатоподобные расстройства, негативизм и оппозиция по отношению к окружающим, родным и близким, конфликтность, склонность к делинквентному поведению, употребление алкоголя и наркотиков, растормаживание сексуального влечения. Представленные поведенческие нарушения, асоциальные поступки сходны с чертами патологически протекающего пубертатного криза, проявляющимися утрированным протестом против существующих норм общежития.

Тимический компонент депрессивной триады представлен угрюмым, мрачным настроением с дисфорическим оттенком. На всех поступках больных лежит печать неудовлетворенности, разочарования, смятения.

Депрессии с преобладанием обсессивно-фобических расстройств. Навязчивые страхи всегда обнаруживают связь с депрессивной патологией, а обсессии занимают доминирующее положение в клинической картине депрессии. У большинства больных аффективная триада носит дисгармоничный характер и лишена витальности, а клиническая картина депрессии соответствует субдепрессивному уровню выраженности. Депрессия проявляется подавленностью, ослаблением контактов, мнительностью, ангедонией, склонностью к пессимизму.

Если в клинической картине доминирует тревога, то она чаще всего сочетается с чувством вины и упущенных возможностей, идеями собственной малоценности, никчемности, бесперспективности будущей жизни и т.д. У ряда больных навязчивая мысль о собственной несостоятельности перерастает в страх перед учебой, боязнь не понять прочитанное с дальнейшей трансформацией в фобофобию. Важной особенностью обсессивно-фобических депрессий у таких больных является формирование сложной системы избегающего поведения, фактически одномоментное с появлением идеаторных навязчивых расстройств.

Депрессии с сенестопохондрическими расстройствами. Депрессивные состояния при этом отличаются сложностью, значительным полиморфизмом и глубиной позитивных

расстройств, а также выраженной изменчивостью, обусловленной наличием в клинической картине болезни проявлений, выходящих за рамки облигатных для депрессии расстройств. При этой патологии собственно аффективные расстройства отступают на второй план и ведущими становятся жалобы на крайне неприятные, тягостные ощущения в разных частях тела порой вычурного, причудливого содержания. Больные в большинстве случаев сосредоточиваются на чувстве соматического неблагополучия и высказывают тревожные опасения относительно своего здоровья. Сенестопатии, включаясь в структуру депрессий, сочетаются с убежденностью пациентов в том, что они страдают тяжелым, неизлечимым заболеванием, и это служит поводом для неустанных и настойчивых обращений к врачам разных специальностей.

Депрессии с «психогенным содержанием». Клиническая картина таких депрессий в основном определяется влиянием предшествующей психической травмы и особенностями личности больного с заострением вплоть до выраженного утрирования отдельных патохарактерологических черт. Характерно, что в качестве психотравмирующих воздействий чаще всего выступают именно сугубо возрастные, «юношеские», проблемы, и реакция на них часто была неадекватной «силе» этих психогенных воздействий.

Кроме того, проявления пубертатного криза при развитии депрессий данного типа усложняют клиническую картину за счет инфантилизма, определяющего своеобразие поведения, волевые и критические особенности личности. Для депрессий с «психогенным содержанием» характерны неглубокий уровень, незавершенность клинической картины, неустойчивость и волнообразность течения, во многом связанные с изменениями психотравмирующей ситуации, полиморфизм симптоматики. Фабула психотравмирующих переживаний определяет психопатологическую картину депрессии.

Общим для всех больных является наличие угнетенного, подавленного настроения с преобладанием тревоги, тоски и беспокойства. У всех обследованных обнаруживаются признаки астеноневротических нарушений в виде повышенной утомляемости, раздражительности, истощаемости, а также соматовегетативные расстройства.

Пубертатный возраст создает особое предрасположение к аффективному расстройству, обусловленному двумя основными факторами: 1) специфическим психопатологическим фоном с повышенной чувствительностью личности к неблагоприятным внешним воздействиям; 2) относительной дизрегуляцией эндокринных взаимодействий, в частности повышенным уровнем половых стероидных гормонов, кортизола и дигидроэпиандростерона.

Под влиянием психогенных, стрессовых и других патогенетических воздействий, включая реализующиеся на фоне конституционально-личностных особенности церебрально-органические и соматонейроэндокринные механизмы, вызывающие суммарный эффект, преодолевается определенный нейробиологический уровень защиты и реализуется генетическая предрасположенность к аффективному заболеванию.

Таким образом, свойственный юношескому возрасту специфический психобиологический фон является патопластическим и патогенетическим фактором, определяющим появление особых, не зависящих от нозологии феноменологических проявлений аффективных расстройств, а также атипичность их клинической картины и течения по сравнению с наблюдаемыми в зрелом возрасте.

Эндогенный депрессивный синдром в юношеском возрасте

В юношеском возрасте эндогенный депрессивный синдром имеет несколько характерных особенностей.

Пониженное настроение. Этот симптом является самым главным психопатологическим симптомом эндогенной депрессии. Обычно настроение кажется безрадостным, безысходным. Болезненно сниженное настроение может усилиться до меланхолии с унынием. Отличительной особенностью депрессивного настроения является беспричинность его снижения. Описание больными своего состояния может сопровождаться жалобами на отсутствие инициативы, энергии, внезапное чувство усталости, что юношами и их родителями нередко воспринимается как лень. Ограниченная способность модуляции депрессивного настроения производит впечатление аффективного оцепенения, в крайних случаях заторможенной депрессии, переходящего в ступор с

полной обездвиженностью и глубокой психической заторможенностью.

Под влиянием своего депрессивного настроения больные очень часто говорят о виновности и греховности, отсутствии смысла жизни. В преморбиде имеется такая личностная черта, как фатализм – мировоззренческое убеждение и неверие юношей в то, что возможно осуществлять контроль над событиями собственной жизни.

Нарушения познавательной деятельности. Выявляемые у пациентов, страдающих гипотимическими расстройствами, эти нарушения выражаются в основном в динамике (в первую очередь в снижении скорости протекания и интенсивности) психических процессов, проявлениях нейрокогнитивного дефицита. Патопсихологическое обследование таких больных обнаруживает следующие особенности.

Восприятие. Характеризуется выраженным в большей или меньшей степени сужением его объема.

Внимание. Отличается преимущественно снижением активности. Характерно затруднение произвольной концентрации на объектах. Возможна истощаемость внимания. Отмечается снижение переключаемости и объема внимания.

Оперативная память. Выявляется снижение объема оперативной памяти. Кратковременная память характеризуется низким объемом запоминания, про- или ретроактивным торможением следов. Смысловое запоминание и долгосрочная память при депрессии страдают мало.

Мышление. В структуре мышления отмечаются замедление темпа мыслительных процессов, бедность и шаблонность ассоциаций. Обычно выявляется негрубое снижение уровня обобщения. При стимуляции пациенты демонстрируют сохранную способность оперировать категориями. Часто проявляются инертность мышления, стереотипность подходов к решению заданий и склонность к персеверациям. Мотивационный компонент мышления может быть снижен. Целенаправленность суждений не страдает. Пациенты могут гиперкритически оценивать результаты своей деятельности, но это не противоречит диагностике ослабления критичности мышления.

Замедление мышления при патопсихологическом исследовании выражается в увеличении времени, затрачиваемого на каждое задание, в трудности перехода обследуемого от одного задания к другому. Больной не может сосредоточиться на выполняемом задании. Обладая сохранным уровнем обобщения и отвлечения, пациент, тем не менее, с трудом усваивает инструкцию по выполнению задания, особенно если экспериментальная задача отличается значительным объемом и при ее выполнении модуль деятельности обследуемого должен изменяться в соответствии с инструкцией. Выраженные затруднения концентрации активного внимания при нерезко выраженной депрессии в ситуации исследования могут быть преодолены; по мере выполнения задания (таблицы Шульте, исследование работоспособности по счетным таблицам Крепелина) наблюдаются некоторое улучшение результатов, явления запаздывающей вработываемости.

Речь. Имеет специфические особенности. Устная речь отличается выраженным в большей или меньшей степени замедлением темпа, уменьшением громкости, низкой спонтанной речевой активностью. Характерна непродуктивность или малая продуктивность в диалоге. Отмечается типичный для депрессивных состояний «матовый голос». Письменная речь отличается склонностью к микрографии; возможно, некоторое снижение ее продуктивности.

Мотивационно-потребностная сфера. При эндогенном депрессивном синдроме наиболее часто наблюдаются общее ослабление мотивационной активности, низкая актуальность потребности самосохранения, направленность агрессии на себя (аутоагрессия).

Психомоторика. У депрессивных больных обычно преобладает торможение, но в некоторых случаях наступает возбуждение. При торможении мимика скорбная, застывшая, движения замедленны, больные производят впечатление внезапно постаревших. Психомоторное торможение в комбинации с внутренним беспокойством и тревогой иногда переходит в ажитацию (тревожно-ажитированная депрессия). В такие моменты больные способны внезапно совершить суицидальную попытку. При каждом переходе заторможенной депрессии в тревожно-

ажитированную необходимо усиленно ухаживать и следить за пациентом.

Соматические расстройства. При эндогенном депрессивном синдроме соматические расстройства соответствуют понижению витального тонуса и снижению гипотетического энергетического потенциала. Отмечаются потеря аппетита, похудание, сухость во рту, запоры, аменорея, снижение либидо, расстройство сна, быстрая утомляемость, снижение физической работоспособности, понижение тургора кожи, бледность, колебания артериального давления, неприятные, болезненные ощущения за грудиной, «ком» в горле, ощущение тяжести или онемения в теле.

Характерен внешний «подавленный» вид испытуемого, что сопровождается низким уровнем моторной активности, мимических, пантомимических проявлений (поза «меланхолика»). Работоспособность в эксперименте обычно очень низкая, выражена истощаемость, существенно снижен темп психических процессов. Характерны отказы от выполнения относительно более сложных заданий. Рабочий мотив не формируется, может наблюдаться участие по типу сотрудничества. Заинтересованность в результатах не проявляется. Необходима активная стимуляция для получения продукции в эксперименте. Усвоение пациентом содержания инструкций фактически не нарушено. Реакция на неудачу в эксперименте слабая, часто интрапунитивной (самообвинительной) направленности.

Описанный патопсихологический симптомокомплекс (депрессии, субдепрессии) – встречается при многих психических заболеваниях. Обычно их подразделяют на три группы – эндогенные, органические (симптоматические) и психогенные.

Вопросы для самоконтроля

1. Опишите клинические особенности юношеских депрессий.
2. Опишите типы юношеских депрессий.
3. Раскройте особенности эндогенного депрессивного синдрома в юношеском возрасте.
4. Эндогенный депрессивный синдром в юношеском возрасте.

3.6 Суицидальное поведение

Суицидальное поведение в подростковом и юношеском возрасте привлекает большое внимание психиатров, психологов, криминалистов и социологов. За 1990–2000-е гг. общий показатель смертности от суицидов по РФ составил в детском возрасте (5–9 лет) около 0,2, в подростковом (10–14 лет) возрасте за тот же период – около 3,5, а для мальчиков – около 6 случаев на 100 000.

Самоубийство (суицидальное поведение) – это намеренное стремление человека к смерти.

Самовреждение (парасуицидальное поведение) – это нанесение себе самоповреждений без стремления к смерти.

Их различия заключены в конечной цели (смерти или членовредительстве) и вероятности ее достижения.

Суицидальное поведение может быть обусловлено формированием внутриличностного конфликта под воздействием внешних ситуационных факторов или в связи с появлением психопатологических расстройств, вызывающих стремление к лишению себя жизни без реального воздействия внешних ситуационных факторов. Если при первом варианте побуждение к суициду чаще всего осознано, осмыслено и произвольно, то при втором возможно нарушение осознания и понимания смысла собственных намерений и действий, а также утрата произвольности. Так, при синдроме психического автоматизма в рамках шизофрении суицидальное поведение может быть обусловлено ощущением воздействия неконтролируемой силы, толкающей человека на то или иное насильственное действие в отношении себя.

Различают три типа **суицидального поведения**.

1) **«аномическое»**, связанное с кризисными ситуациями в жизни, личными трагедиями;

2) **«альтруистическое»**, совершаемое ради блага других людей;

3) **«эгоистическое»**, обусловленное конфликтом, формирующимся в связи с неприемлемостью для конкретного индивида социальных требований, норм поведения, навязываемых обществом человеку.

Аномическое суицидальное поведение наиболее часто встречается у психически здоровых людей как реакция личности на непреодолимые жизненные трудности и фрустрирующие события. Следует иметь в виду, что сам по себе суицидальный акт не может указывать на наличие или отсутствие у человека психических расстройств. Данный вид поведения следует рассматривать как способ психологического реагирования, избранный человеком в зависимости от ценности и значимости происшедшего события. Возможно адекватное реагирование в условиях тяжелого и сверхзначимого раздражителя – события, преодоление которого затруднено или невозможно для личности в силу нравственных установок, некоторых физических проявлений и неадекватное реагирование, при котором выбранная суицидальная реакция явно не соответствует стимулу.

Наиболее часты аномические суицидальные попытки лиц с хроническими соматическими заболеваниями, сопровождающимися выраженным болевым синдромом. Так, суициды преимущественно встречаются в онкологической клинике при диагностике рака. Они могут быть расценены и как адекватные, и как неадекватные в зависимости от ряда причин, несмотря на то, что диагностирование злокачественного новообразования является тяжелой объективно значимой психической травмой. Разграничение проводится на основании критериев для распознавания гармоничного типа психического реагирования – трезвой оценки собственного состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки собственного состояния, а также проявления активности при проведении терапевтических мероприятий, направленных на купирование симптоматики и восстановление соматического здоровья. Наиболее важным является реалистичность оценки состояния собственного здоровья на основании медицинских критериев. Аномический тип суицидального поведения возможен и в случаях, когда жизнь ставит перед человеком мировоззренческую или нравственную проблему выбора того или иного поступка, которую он не в силах разрешить, выбирая уход из жизни. Человек может быть поставлен в условия выбора совершения аморального поступка или действия, которое ему претит в силу эстетических приоритетов, и лишения себя жизни. Решение данной проблемы

зависит от личностных качеств индивида, ситуации, а также его психического состояния в конкретный период времени.

Альтруистический тип суицидального поведения также вытекает из личностной структуры индивида, когда благо людей, общества и государства ставится им выше собственного блага и даже жизни. Данный тип встречается у людей, ориентированных на высокие идеи, живущих общественными интересами и не рассматривающих собственную жизнь в отрыве от окружающих людей и общества. Альтруистические суициды совершаются как психически здоровыми, осознающими реальный смысл происходящего, так и психически больными лицами, находящимися, к примеру, в состоянии религиозного исступления или уходящими из жизни по бредовым мотивам «всеобщего блага».

Эгоистический тип суицидального поведения возникает как ответ на завышенные требования со стороны окружающих, предъявляемые к поведению индивида. Таким человеком, реалистичные нормативы и принуждение выбора соответствующего типа поведения начинает восприниматься как угроза самостоятельности и экзистенциальности. Он принимает решение о расставании с жизнью по причине неуместности его существования в условиях давления и контроля со стороны как близких, так и общества в целом. Суицидальное поведение является в данном случае не реакцией на критическое положение, а позицией по отношению к окружающему миру. Нередко оно встречается у лиц с патологией характера (акцентуациями и расстройствами личности), чувствующих одиночество, отчужденность, непонимание и свою не востребуемость.

Выделяют несколько форм суицидального поведения, которые подразделяются на внешние и внутренние.

Внутренние формы суицидального поведения – это такие его проявления, которые не видны окружающим, т.е. происходят в душе человека. К ним относятся суицидальные мысли, суицидальные замыслы и суицидальные намерения. Суицидальными мыслями называются пассивные мысли о самоубийстве, не сопровождающиеся конкретными представлениями о путях его совершения («...жить так больше невозможно, надо как-то покончить с собой...»). Суицидальные замыслы – более определенные представления о самоубийстве,

сопровождающиеся продумыванием конкретных обстоятельств, способа его совершения, составлением суицидального плана. В случае суицидальных намерений к замыслам добавляется волевой компонент, т.е. начинается целенаправленная, незаметная для окружающих подготовка к суицидальному акту.

Внешние формы суицидального поведения – это такие его проявления, которые становятся заметны окружающим. К ним, в первую очередь, относятся суицидальные попытки и завершённые суициды. Суицидальная попытка – это манипулирование средствами лишения себя жизни с целью совершения самоубийства, не закончившееся смертью. Завершённый суицид – те же действия, но закончившиеся смертельным исходом. Обычно вышеперечисленные внутренние и внешние формы суицидального поведения развиваются последовательно, в описанном порядке: суицидальные мысли – суицидальные замыслы – суицидальные намерения – суицидальные действия (попытка или завершённый суицид). Развитию суицидального поведения в некоторых случаях может предшествовать появление так называемых антивитальных переживаний, т.е. мыслей о желательности смерти, но пока еще без определенного представления о самоубийстве («...хорошо бы умереть, уснуть и не проснуться...»).

В развитии суицидального поведения принято выделять несколько периодов. Первый из них – пресуицидальный период (пресуицид). Это период от появления первых суицидальных мыслей до суицидальных действий. Продолжительность пресуицидального периода может быть различной и варьирует от нескольких минут, часов или дней (так называемый острый пресуицид) до нескольких месяцев или лет (хронический пресуицид). Выделяют два типа пресуицида – аффективно напряженный и аффективно редуцированный. Первый характеризуется высокой интенсивностью эмоциональных переживаний, ярко выраженными поведенческими проявлениями и обычно носит острый характер. Вторым отличаются низкая интенсивность эмоций, скупость поведенческих проявлений и, как правило, пролонгированное течение. Следует отметить, что риск летального исхода суицидальных действий выше при аффективно-редуцированном типе пресуицида, поскольку в этом

случае суицидальный акт лучше продумывается и более тщательно готовится.

Второй период суицидального поведения – период суицидальных действий, проявляющийся завершённым суицидом или суицидальной попыткой. Суицидальные попытки, в свою очередь, подразделяются на истинные и демонстративно-шантажные. Истинными называются такие суицидальные попытки, при которых суицидент действительно имеет намерение лишиться себя жизни, но в силу тех или иных причин это ему не удастся. Что же касается демонстративно-шантажных попыток, то они не преследуют цели лишения себя жизни, а направлены на привлечение к себе внимания или изменение неблагоприятной ситуации в свою пользу. Строго говоря, демонстративно-шантажные суицидальные попытки не должны относиться к суицидальному поведению, поскольку желание лишиться себя жизни здесь отсутствует. Однако их все-таки причисляют к суицидальным проявлениям, поскольку в некоторых случаях демонстративно-шантажное суицидальное поведение тоже может заканчиваться летально вследствие неосторожного «переигрывания». Кроме того, многие авторы отмечают, что на практике далеко не всегда возможно различить истинные и демонстративные суицидальные попытки, поскольку сам суицидент не всегда до конца отдаёт себе отчет в том, хочет ли он в действительности умереть, и его отношение к самоубийству может быть двойственным: он может и думать о смерти, и, в то же время, еще надеяться, что ситуация, вызвавшая суицидальное поведение, как-то изменится в его пользу.

В том случае, если суицидальные действия не закончились летальным исходом, наступает третий период суицидального поведения – постсуицидальный период (постсуицид). Его продолжительность составляет примерно полгода после суицидальной попытки. На протяжении постсуицидального периода происходит постепенное восстановление социально-психологической адаптации суицидента, которая может, в конце концов, установиться как на том же уровне, что и до суицидального поведения, так и на более низком, или наоборот, более высоком уровне. В постсуицидальном периоде, в свою очередь, выделяют три подпериода: ближайший постсуицид, ранний постсуицид и поздний постсуицид. Ближайший постсуицид продолжается на

протяжении первой недели после суицидальной попытки, ранний постсуицид – с начала второй недели до конца первого месяца после суицидальной попытки, поздний постсуицид – последующие 4–5 месяцев.

Ближайший постсуицид характеризуется преобладанием, прежде всего, различных соматических последствий суицидальной попытки. В то же время, в этом периоде отмечается очень важное психологическое явление – феномен «раскрытия». Данный феномен состоит в том, что суицидент в этот период открыто выражает свое отношение к совершенной суицидальной попытке и откровенно рассказывает о ее причинах. В дальнейшем, через несколько дней, суицидент может «закрыться» и начать скрывать или намеренно искажать указанную информацию. Поэтому в суицидологии очень важным считается установить психотерапевтический контакт с суицидентом уже в первые дни после суицидальной попытки.

К периоду раннего постсуицида происходит формирование типа постсуицидального периода. Выделяют четыре его типа: критический, аналитический, суицидально-фиксированный и манипулятивный. Критический постсуицид характеризуется тем, что суицидогенный конфликт, ставший причиной суицидальной попытки, утратил свою актуальность. Суицидент при этом относится к совершенной суицидальной попытке негативно, испытывает по поводу нее чувство вины и стыда, раскаивается в совершенном. Суицидальные тенденции у него отсутствуют. Это прогностически наиболее благоприятный тип постсуицида, вероятность повторных суицидальных покушений здесь минимальна.

При аналитическом типе постсуицида суицидогенный конфликт сохраняет свою актуальность для суицидента и после совершенной попытки. Отношение суицидента к попытке при этом также негативное, он осознает, что это не выход из ситуации, а потому пытается найти из нее какой-то другой выход. Суицидальные тенденции здесь также отсутствуют. Однако, учитывая сохраняющуюся актуальность суицидогенного конфликта, существует вероятность, что через некоторое время суицидальные переживания могут вновь актуализироваться и суицидальное покушение будет повторено. Поэтому лица с

аналитическим постсуицидом нуждаются в активной психотерапевтической помощи.

В случае суицидально-фиксированного постсуицида суицидогенный конфликт также сохраняет для суицидента свою актуальность. Суицидальные тенденции при этом сохраняются, но иногда могут скрываться от окружающих. Нередко суицидент сожалеет, что его спасли и не испытывает раскаяния в совершенной суицидальной попытке. А в некоторых случаях даже пытается скрыть сам факт суицидальной попытки, утверждая, например, что принял большую дозу снотворных не с целью самоубийства, а «чтобы хорошо выспаться». Данный тип постсуицида является прогностически наиболее неблагоприятным, при нем сохраняется высокая вероятность повторных суицидальных покушений. По этой причине лица с суицидально-фиксированным постсуицидом по возможности должны переводиться из соматического стационара для дальнейшего долечивания в психиатрический стационар.

Наконец, в случае манипулятивного постсуицида актуальность суицидогенного конфликта после суицидальной попытки уменьшается, но за счет ее влияния на психотравмирующую ситуацию. Суицидент при этом осознает, что именно суицидальная попытка стала причиной изменения ситуации в его пользу, и его отношение к совершенной попытке становится рентабельным, т.е. он стремится «выжать» из нее максимум выгоды для себя. При подобном типе постсуицида высока вероятность совершения в будущем повторных суицидальных попыток демонстративно-шантажного типа, особенно в аналогичных обстоятельствах. По этой причине лица с манипулятивным постсуицидом нуждаются в психотерапевтической коррекции их личностных установок.

Возможны **индивидуальная, групповая и массовая формы самоубийств.**

Выбор способа самоубийства зависит от социальных, культурно-исторических, религиозных, эстетических, ситуационных моментов и индивидуально-психологических особенностей человека.

Часть лиц с аутоагрессивным поведением (чаще с психическими аномалиями) имеет тенденцию к испытанию боли и

сопряженных с ней сильных эмоциональных переживаний, в то время как исход аутоагрессии для них не является значимым. Подобная специфика отмечается при аутоагрессивном поведении в рамках аддиктивного типа девиантного поведения.

Парасуицидальные попытки совершаются, как правило, с целью вывода себя из состояния бесчувствия, безрадостности, безэмоциональности путем испытания острых аффективно-шоковых переживаний. Для этого используются какие-либо рискованные и опасные для жизни действия: удушье до степени появления первых признаков измененного состояния сознания; хождение над обрывом или по краю пропасти, балкона, подоконника, перилам моста; игра с заряженным боевыми и холостыми патронами пистолетом на «испытание судьбы»; прижигание или надрезание кожи и иные болевые воздействия; демонстрация окружающим решимости совершить суицидальный поступок с садо-мазохистическими стремлениями и получением удовлетворения при доведении окружающих до состояния иступления.

Суицидальное поведение в детском и подростковом возрасте

Принято считать, что суицидальные тенденции подростков обусловлены, прежде всего, наличием депрессии, а попытки самоубийства являются «барометром тяжести» подростковых депрессий.

Независимо от нозологической принадлежности депрессивного синдрома, у подростков и юношей прослеживается устойчивая тенденция к совершению повторных попыток самоубийства. Даже демонстративные суицидальные действия при нозологически и феноменологически разных депрессиях имеют склонность к повторению и не всегда заканчиваются благополучно.

У подростков и в юношестве много так называемых элементов суицидального поведения: фиксация на теме смерти, страхи и любопытство к смерти, суицидальные мысли, демонстративно-шантажные суицидальные попытки. Действия подростков направлены не столько на самоуничтожение, сколько на восстановление нарушенных социальных отношений.

Детские и подростковые суициды отличаются от взрослых суицидов. Практически нет самоубийц до 5 лет. Редкий случай

суицидального поведения в 6-летнем возрасте был описан А.В. Куликовым. Суицид – это действие, преднамеренно направленное на лишение себя жизни. Однако само понятие смерти как категории, обозначающей конец жизни, окончательно формируется лишь у зрелой личности.

Социально-психологическая дезадаптация вследствие острых психотравмирующих ситуаций, нарушения взаимодействия личности с ее ближайшим окружением – общая причина суицида у детей и подростков. Для детей она обычно связана с нарушением общения с близкими, с семьей. Дети и подростки, в силу отсутствия жизненного опыта и осведомленности, не всегда могут найти способ ухода из жизни. Нерасчетливость, отсутствие знаний о способах самоубийства создают повышенную угрозу смерти вне зависимости от формы самовоздействия.

Опасность повышают и возрастные особенности биологической реактивности организма на интоксикацию, травматические повреждения, асфиксию и другие последствия. В отличие от взрослых у детей и подростков картина пресуицидального состояния не имеет монолитного, единого признака. Мозаичность, вариабельность, лабильность пресуицидального статуса создают особые затруднения в распознании угрозы самоубийства.

В механизмах развития суицидального поведения огромную роль играют условия, в которых возникают суицидальные тенденции. Для детей и подростков наиболее значимым фактором являются их семьи, не обеспечивающие по тем или иным причинам равновесия, предохраняющего их от суицида. Роль семьи для лиц детско-подросткового возраста более существенна и многогранна, чем для зрелой личности.

В большинстве случаев нарушения межличностных отношений отмечались задолго (от 1 до 5 лет) до совершения детьми суицидальных попыток. Типичной была ситуация, когда оба родителя одновременно оказывались в оппозиции к ребенку.

В «суицидальных» семьях, наряду с хорошими материальными условиями и достаточно высоким образовательным уровнем родителей, имеются причины, объясняющие дисгармонию воспитания: характерологические особенности родителей, психические отклонения у них и у детей приводят к осложнениям

во взаимоотношениях. Отмечалось отсутствие единой линии воспитания с чередованием морально-унижающих наказаний и материальной формой поощрения.

В большинстве наблюдений суицидальной попытке предшествовали конфликты в семье. При этом для лиц допубертатного периода наиболее значимыми оказались острые конфликты, а для подростков – систематически повторяющиеся, перерастающие в пролонгированную психогенную ситуацию.

Суицидологическая практика показывает, что само по себе наличие в семье указанных аномалий не может служить достаточным основанием для отнесения данной конкретной семьи в разряд суицидоопасных. «Благополучные» семьи нередко могут содержать в себе латентные суицидогенные факторы, которые трудно распознать на фоне внешнего благополучия семьи.

Клинико-психологическое изучение суицидального поведения подростков показало неоднозначность долевого участия «внешних» и «внутренних» условий как причинных факторов суицида. Крайние варианты представляют, с одной стороны, случаи остро формирующейся ситуационной реакции, когда причина суицидального поведения определяется «внешней» ситуацией; с другой – когда причины суицида целиком определяются содержанием психопатологических расстройств, а субъективные мотивы представляют не что иное, как бредовые интерпретации.

Дисфункциональная семья не обеспечивает молодому человеку потребность в принятии, уважении, признании, эмоциональной поддержке, психологической защите. Подростки из таких семей лишаются возможности обеспечения эмоциональной стабилизации, способности совладания со своим аффективным состоянием.

Вопросы для самоконтроля

1. Дайте определение суицидального поведения, раскройте его причины.
2. Назовите виды и формы суицидального поведения.
3. Дайте определение парасуицидального поведения.
4. Перечислите особенности суицидального поведения детей и подростков.

5. Раскройте понятие «суицидальной» и «дисфункциональной» семьи.

3.7. Нервная анорексия

Нервная анорексия представляет собой расстройство, характеризующееся преднамеренным снижением веса, вызываемым и/или поддерживаемым самим пациентом.

По МКБ-10 относится к разделу F50 – расстройства физиологического функционирования.

Для достоверного диагноза требуются все следующие признаки:

- вес тела сохраняется на уровне, по меньшей мере, на 15% ниже ожидаемого или индекс массы тела Кветелета составляет 17,5 или ниже;

- больной сам стремиться к снижению веса тела, избегая пищи или вызывая у себя рвоту, принимая слабительные средства, чрезмерно занимаясь гимнастикой, используя анорексигенные и/или диуретические средства;

- искаженный образ собственного тела, навязчивые сверхценные идеи – «не допустить ожирения», перспектива которого вызывает ужас;

- общее эндокринное расстройство, включающее ось гипоталамус – гипофиз – половые железы и проявляющееся у женщин аменореей, а у мужчин потерей полового влечения и потенции; могут быть повышенными уровни гормона роста и кортизола, изменения периферического метаболизма тиреоидного гормона и аномалии секреции инсулина;

- в препубертатном возрасте – задержка (прекращение) роста, задержка развития вторичных половых признаков;

- часты случаи диссимуляции.

Нервная анорексия возникает преимущественно у девушек-подростков (11–15 лет) и молодых девушек (16–18 лет); иные названия – «болезнь отличниц», «болезнь тинэйджеров» (США).

Классические исследования нервной анорексии проводились на взрослых (молодые девушки и женщины). Клинико-психологические исследования показали, что имеется специфика разных сторон психической деятельности (прежде всего – в

мотивационной сфере и в области самовосприятия) у всех больных нервной анорексией. Выявлены следующие особенности психики: 1) высокая степень концентрации на достижении поставленной цели – похудеть, приобрести соответствующий стандартам референтной группы внешний облик; 2) изменение иерархии мотивов; 3) изменение самовосприятия и «образа физического Я»; 4) высокий интеллектуальный уровень («болезнь отличниц»).

В детском и подростковом возрасте выделяют синдром нервной анорексии как: 1) самостоятельное возрастнo-специфическое заболевание; 2) синдром в рамках нарушения пищевого поведения; 3) синдром в рамках эндогенного заболевания (шизофрении).

Нервная анорексия чаще всего связана с другой патологией пубертатного и юношеского возраста – дисморфофобией и дисморфоманией.

Болезненная убежденность в собственной «чрезмерной полноте», зачастую носящая характер навязчивой, сверхценной или бредовой идеи, постепенно приводит больных к мысли о необходимости «коррекции» этого кажущегося или чрезвычайно переоцененного физического недостатка. Из-за свойственной этим больным склонности к диссимуляции они всеми силами пытаются скрыть от окружающих (и в первую очередь от родителей) не только мотивы своего поведения, но и само осуществление этой «коррекции». Делают все для того, чтобы питаться отдельно от других членов семьи, а если это невозможно, прибегают к разным ухищрениям: незаметно выплевывают уже пережеванную пищу и прячут ее, пытаются накормить своей порцией специально для этого заведенную собаку, незаметно перекладывают еду из своей тарелки в другие и т.д. При этом тщательно изучают питательность каждого продукта, тщательно высчитывают калории, избегая тех видов пищи, от которых можно «поправиться» (не едят гарниров, масла, мучных изделий и т.п.). Достигнув значительной потери массы тела, они обычно не бывают довольны и продолжают ограничивать себя в пище, стараясь при этом регулярно взвешиваться.

В течении заболевания выделяют несколько этапов. Инициальные проявления: изменение самооценки, стремление похудеть. Развернутая стадия заболевания (в том числе на высоте

болезни – кахексическая стадия), характеризуется активной деятельностью по отказу от еды в угоду похуданию. На этой стадии обычно наступают физиологические изменения со стороны систем органов – отсутствие месячных, ухудшение в деятельности желудочно-кишечного тракта, изменение кожи и т.д. У пациентов отмечается резкое похудание на 10–25 кг (потеря до 20% массы тела за два–три месяца). Исход заболевания – вплоть до летального (около 5% из числа заболевших).

Клинико-психофизиологические исследования показали, что изучение нервной анорексии у детей и подростков должно проводиться с анализом семейных особенностей (в том числе наследственно или биологически обусловленных, а также связанных с социально-психологическими факторами).

Клинико-катамнестические наблюдения выявляют различные изменения протекания синдрома нервной анорексии, смену аноректических и булимических проявлений, возникновение их «замещающих» форм зависимости (например, алкоголизация в булимической стадии), «сквозной синдром» нервной анорексии у пробандов, матерей и sibсов, наблюдаемые в семьях больных нервной анорексией.

Известно, что нервная анорексия своим высоким «рейтингом» среди психосоматических и психических расстройств во многом обязана влиянию социальных факторов – определенного стандарта внешности (90х60х90), телесного облика и стиля жизни, нанизываемых рекламой и средствами массовой информации. Психологические исследования, проведенные на нормативной выборке девушек с разной степенью притяжения своего телесного облика, показали, что девушки, неудовлетворенные своим телом, в просмотре телевизионных программ тяготеют к «телесно-ориентированным» передачам.

Профилактика данных расстройств заключается в раннем выявлении симптомов и соответствующей квалификацией их специалистами. Необходимо внедрение знаний о нервной анорексии в практику педагогов, психологов, врачей, тесное сотрудничество перечисленных специалистов с психиатрами. Все больные с низким весом и типичными сомато-эндокринными нарушениями должны направляться на специальное комплексное исследование по выявлению ранних симптомов нервной анорексии.

Вопросы для самоконтроля

1. Дайте определение нервной анорексии и причины её возникновения.
2. Опишите особенности психики больных нервной анорексией.
3. Охарактеризуйте этапы течения нервной анорексии.

3.8. Расстройства аутистического спектра

Расстройства аутистического спектра (РАС) в настоящее время входит в МКБ-10 в раздел F8 – расстройства психологического развития. В настоящее время выделяют типы РАС:

- 1) синдром Каннера;
- 2) синдром Аспергера (аутистическая психопатия);
- 3) аутизм процессуального генеза (следствие ранней детской шизофрении);
- 4) атипичный аутизм.

Отдельно выделяют так называемых высокофункциональных аутистов – как правило, это взрослые, имевшие в детстве диагноз синдром Аспергера. По современным представлениям, аутизм не является только сугубо детским диагнозом и остается таковым на протяжении жизни пациента.

Все расстройства аутистического спектра объединены триадой признаков: 1. Нарушение социального взаимодействия, 2. Нарушение коммуникации. 3. Ограниченные, повторяющиеся, стереотипные движения, поведение, интересы.

Нарушение социального взаимодействия проявляется континуумом симптомов: от отсутствия визуального контакта, непереносимости тактильных контактов, неумения подчиняться нормам и регламенту, неумение создавать и поддерживать социальные связи.

Нарушения коммуникации проявляется разнообразными формами нарушения вербальной и невербальной коммуникации. Так, при синдроме Каннера может быть полное отсутствие речи, эхολалии или вербигерации. В рамках синдрома Аспергера при формальной сохранности грамматической структуры речи, богатом

словарном запасе речь утрачивает свою коммуникативную функцию, являясь лишь монологом. Невербальная коммуникация в виде интонационной окраски речи, междометий, мимики, жестикуляции, поз является механистической или вычурной, не соответствующей ситуации общения.

Ограниченные, повторяющиеся, стереотипные движения, поведение, интересы проявляются разнообразной симптоматикой. К стереотипиям относятся стереотипно повторяющиеся движения, эхопраксии, вокализации, склонностью соблюдать однажды заведенный порядок, ритуалы, интересы проявляются стойкой склонностью к необычной деятельности (играет только кастрюлями, ходит по городу, разглядывая светофоры или кондиционеры, кусает пластиковые бутылки, паяет и т.п.).

При синдроме Каннера облигатным признаком является задержка психического развития (в данном случае она проявляется как симптом). Специфичны также особенности речи: искаженное речевое развитие без периода нормального развития речи (например, гуление больного ребенка отличается от гуления здоровых детей); дети не обращают внимания на обращенную к ним речь и не пользуется речью для общения, характерен мутизм, имеются эхолалии (часто повторяют слова, которые им нравятся), может наблюдаться феномен фонографии (дословное воспроизведение ранее услышанного). Обязательные симптомы, которые позволяют диагностировать данное расстройство: выраженные стереотипии; наличие большого количества страхов, связанных с новой обстановкой, новыми стимулами, в том числе страх общения, трудности адаптации к любым новым условиям.

Другой вариант РАС, который также носит имя своего первооткрывателя, – синдром Аспергера. Аутичные дети с синдромом Аспергера не имеют интеллектуальной задержки, у них наблюдается скорее опережающее развитие, в первую очередь это относится к мышлению наряду с особым развитием речи. При этом правильный грамматический строй речи сочетается с редким ее использованием, часто в речи используется взрослый лексический состав; характерна манерная или механическая речь (отсутствует адекватная эмоциональная окраска); ребенок разговаривает для себя. Этим детей отличает эмоциональная холодность, неспособность к близкому контакту с другими, неумение

завязывать и поддерживать социальные контакты и, конечно, стереотипии (в виде стереотипных интересов, стереотипных движений, приверженности режиму дня).

Аутизм процессуального генеза, который формируется из-за начавшейся в течение первых 3 лет жизни ребенка шизофрении, характеризуется психотическими симптомами и признаками искажения психического развития разной степени тяжести. Манифестация заболевания чаще приходится на второй год жизни. В клинической картине преобладающими являются позитивные (кататонические, аффективные, психопатоподобные, неврозоподобные) расстройства и нарушения развития. Последние выступают на первый план по мере затухания болезненного процесса (продуктивной симптоматики). Обязательные составляющие психопатологической структуры манифестного эндогенного психоза – кататонический синдром с разной степенью выраженности и глубины.

Атипичный аутизм не укладывается ни в один из известных синдромов, хотя по внешним проявлениям может быть на них похожим. Эти варианты аутизма не соответствуют классическим синдромам РАС, т.е. присутствуют не все признаки базовой триады, либо признаки возникают в возрасте после трех лет, либо заболеванию предшествует период правильного развития. Такой атипичный аутизм часто сопряжен с наличием умственной отсталости, гипердинамического синдрома, генетической патологии, например: синдром Ретта, синдром Мартина-Белл, синдром Дауна.

Парааутистические состояния – это близкие, похожие на аутизм по своим внешним характеристикам состояния, но вызванные неблагоприятными условиями жизни ребенка: ранняя родительская или иная депривация, большое количество времени, которое ребенок провел в больнице, в отрыве от родителей, длительные хронические заболевания и др. Приставка «пара-» указывает на то, что сходные с аутизмом состояния развиваются по иным причинам и само состояние не всегда является стойким: изменение условий развития ребенка приводит к тому, что аутизм становится все менее и менее заметным вплоть до полной нормализации состояния.

Психологический подход к классификации типов аутизма существенно отличен от психиатрического. О.С. Никольская разработала свою оценку типов детского аутизма. Ею выделены четыре типа аутизма, каждый из которых отражает степень тяжести этого заболевания, разные уровни дезадаптации и нарушения саморегуляции (в том числе аффективной).

Первый тип – это наиболее грубые проявления синдрома расстройств аутистического спектра с одновременным нарушением психического тонуса, произвольной деятельности; поведение носит преимущественно полевой характер, дети мутичны, не имеют потребности в контактах, не владеют навыками социального поведения и самообслуживания.

Второй тип характеризуется большим количеством разнообразных стереотипий (двигательные, речевые, поведенческие), психостимуляцией, страхами, часто встречаются примитивные симбиотические отношения с матерью, у детей имеются трудности усвоения нового и переноса.

Третий тип отличает более высокий уровень интеллектуального (когнитивного) развития, хорошие речевые навыки, аутизм у них проявляется как захваченность собственными переживаниями.

Четвертый тип характеризуется неглубоким аутизмом, в первую очередь имеются трудности организации общения, неврозоподобные расстройства, пугливость. Дети с четвертым типом аутизма нередко имеют парциальную одаренность.

Психологи описали разнообразные особенности психической деятельности детей-аутистов, среди которых следует отметить: стереотипность поведения, особый тип формирования перцепции и иных схем, более длительную сохранность опоры на контактные анализаторы по сравнению со здоровыми детьми, более частое использование периферического, а не центрального зрения, отставание от здоровых сверстников в оценке мимики, жестов, поз и интонаций, нейропсихологический дефицит, своеобразие игры, контактов, графики, восприятия медиаинформации и т.д.

Вопросы для самоконтроля

1. Дайте определение расстройств аутистического спектра, опишите причины их возникновения, назовите общие признаки.
2. Расскажите классификацию расстройств аутистического спектра.
3. Опишите признаки синдрома Каннера.
4. Опишите признаки синдрома Аспергера.
5. Опишите признаки аутизма процессуального генеза (следствие ранней детской шизофрении).
6. Раскройте понятие парааутистических состояний, назовите причины их возникновения.
7. Опишите виды аутизма по О.С. Никольской.

3.9. Шизофрения

Шизофрения – эндогенное хроническое психическое заболевание, характеризующееся длительным непрерывным или приступообразным течением и разной выраженностью продуктивных (бред, сверхценные идеи, галлюцинации, кататонические и гебефренические, невротические и психопатоподобные) и негативных расстройств, приводящих к изменениям личности в виде аутизма, снижения энергетического потенциала, эмоционального обеднения и нарастающей инвертированности.

В симптоматологии шизофрении следует выделить облигатные (обязательные) симптомы, постоянно присутствующие в ее клинической картине. К ним относятся характерные расстройства мышления, речи, эмоций, поведенческих реакций, психической активности.

Современными исследованиями установлено, что особенно велика роль возраста для клинических особенностей и течения шизофрении в периоды развития и биологических сдвигов, к которым относится детский, пубертатный и юношеский возраст. Отмечается, что в клинике шизофрении у детей на первый план выступает полиморфность и незавершенность симптоматики, симптомы диссоциативного дизонтогенеза, при этом большинство исследователей и практиков считают, что шизофрения проявляется как единое заболевание в детском, подростковом и юношеском возрасте.

В юношеском возрасте происходят значительные изменения реактивности организма, его нейроэндокринных и иммунологических систем, что, безусловно, не может не оказывать глубокого влияния на возникновение, течение и исход шизофрении. Кроме того, незавершенность эволюции мозговых систем, незрелость психики и наличие особых кризовых пубертатных психических проявлений влияют на формирование клинической картины болезни.

Классификация шизофрении по МКБ-10

По клинической картине шизофрению делят на пять основных форм.

Параноидная шизофрения. Наиболее часто встречается. Преобладающими в клинической картине заболевания являются галлюцинации и бредовые идеи в рамках параноидного синдрома. Нарушения восприятия проявляются в виде слуховых псевдогаллюцинаций. Бредовые идеи чаще персекуторного характера. Патогномичным признаком шизофрении является синдром Кандинского-Клемамбо (см. Нарушения мышления).

Кататоническая шизофрения. В клинической картине преобладающим является кататонический синдром в виде кататонического возбуждения или кататонического ступора (см. Нарушения эффекторно-волевой сферы) либо чередования этих состояний.

Гебефреническая шизофрения. Доминирующими в клинической картине являются признаки гебефренического синдрома (см. Нарушения эффекторно-волевой сферы).

Недифференцированная шизофрения. Характеризуется наличием в клинической картине параноидной, кататонической, гебефренической симптоматики без явного преобладания одной из форм.

Простая шизофрения. Характеризуется преобладанием негативной симптоматики на протяжении всего заболевания. Продуктивная симптоматика (параноидная, кататоническая, гебефреническая) эпизодична и выражена незначительно.

По течению выделяют:

1. Приступообразную шизофрению, в течении которой выделяют приступы (возникновение или усиление продуктивной симптоматики) и ремиссию разного качества, во время которой на

передний план выступает негативная симптоматика. С каждым приступом негативная симптоматика нарастает.

2. Непрерывнотекущую шизофрению, которая характеризуется непрерывным нарастанием негативной шизофренической симптоматики и отсутствием ремиссий. Продуктивная симптоматика (при её наличии) практически не редуцируется.

По степени прогрессивности выделяют:

1) вялотекущую (малопрогрессирующую) шизофрению, при которой медленно нарастает негативная шизофреническая симптоматика;

2) прогрессирующую – с умеренным нарастанием дефекта;

3) злокачественную – с быстрым нарастанием шизофренического дефекта.

По МКБ-10 шизофрения, в том числе детская, кодируется в разделе F2 – функциональные психозы.

Характеристика юношеской приступообразной шизофрении

При дебютировании шизофрении в юношеском возрасте и, особенно, при ее медленном, относительно благоприятном развитии пубертатные кризовые проявления не только сохраняются и приобретают отчетливую динамику в сторону их искажения, но нередко становятся определяющими для развития клинических особенностей болезни. Формируются особые, специфические для юношеского возраста, симптомокомплексы, среди которых наиболее характерными являются гебоидный синдром, синдром «юношеской метафизической интоксикации (особых сверхценных образований)», дисморфофобический и психастеноподобный синдромы.

Через 10–15 лет после первого приступа в юношеском возрасте у большинства больных постепенно наступает компенсация состояния с редуцированием психопатологических явлений и выявлением лишь нерезко выраженных признаков дефекта личности, которые практически не препятствуют социально-трудовой адаптации. В этих случаях есть все основания говорить об атипичных затяжных пубертатных шизофренических приступах.

Рассматриваемая форма течения шизофрении имеет определенный стереотип развития, стадии которого совпадают с этапами нормального созревания. Период инициальных проявлений заболевания начинается в возрасте 12–15 лет. Он характеризуется заострением черт характера, появлением спонтанных атипичных биполярных аффективных расстройств, иногда континуального (непрерывного) характера, с наличием дисфорического оттенка депрессий, недовольства собой и окружающими или признаков возбужденности с непродуктивностью, отсутствием стремления к контактам, в гипоманиях. Все это сочетается с появлением оппозиции к окружающему, стремлением к самоутверждению, нарушениями поведения, конфликтностью.

Следующая стадия (16–20 лет) отличается быстрым нарастанием психических расстройств и наибольшей их остротой. Именно в этом периоде появляется необходимость госпитализации в психиатрическую больницу. В статусе больных отмечаются острые психотические явления, хотя и имеющие транзиторный и рудиментарный характер: взбудораженность, идеаторные нарушения, ментизм, выраженные нарушения сна, отдельные гипнагогические и рефлекторные галлюцинации, отдельные галлюцинации воображения. На этом этапе гебоидный, дисморфофобический, псевдопсихастенический синдромы и синдром «метафизической интоксикации» выступают в своем наиболее завершенном виде и полностью определяют состояние больных. По своим клиническим особенностям они отличаются существенными признаками от внешне сходных проявлений, свойственных патологически протекающим пубертатным кризам. В течение ряда лет состояние остается относительно стабильным, без видимой динамики, характеризуется однообразием болезненных проявлений, без заметной тенденции к усложнению психопатологических признаков и даже с периодами их послабления и сохранением психопатоподобного, сверхценного и аффективного регистров расстройств. При контакте с такими больными иногда создается впечатление о наличии у них выраженных негативных изменений, тяжелого шизофренического дефекта.

Между 20 и 25 годами (у одних пациентов позже, у других раньше) происходит постепенная компенсация состояния с заметным редуцированием или полным исчезновением описанных расстройств и восстановлением социально-трудовой адаптации.

Особенностью отдаленного периода заболевания независимо от преобладающего синдрома на предшествующей стадии болезни является относительно неглубокая степень негативных изменений: ограничивающаяся утратой широты интересов, снижением психической активности, появлением сугубо рационального отношения к близким, с потребностью в опеке, некоторой замкнутостью в кругу семьи. У одних больных на первый план выступали признаки инфантилизма, проявляющиеся в непрактичности, зависимости от близких, эмоциональной незрелости, слабости влечений при хорошем уровне умственной продуктивности. У других превалировали шизоидные особенности склада личности с чертами аутизма и чужаковости, не мешающими, однако, высокому уровню профессионального роста и социальной адаптации.

По истечении пубертатного периода ввиду возможности значительной компенсации состояния больных (а значит, повышения социальной и трудовой адаптации) врачам, психологам и т.д. следует с большой осторожностью решать вопросы, ограничивающие последующий социальный рост пациентов (перевод на инвалидность, ограничение для поступления в ВУЗ, отчисление из ВУЗа и др.).

Среди атипичных пубертатных шизофренических приступов различают следующие три разновидности: гебоидный, с синдромом «юношеской метафизической интоксикации», с дисморфофобическими и психастеноподобными расстройствами.

Гебоидный приступ – возникающее в юношеском возрасте психическое расстройство, характеризующееся патологическим преувеличением и видоизменением до психотического уровня психологических пубертатных свойств с преобладанием аффективно-волевых нарушений, в том числе и влечений, приводящих к противоречащему общепринятым нормам поведению и выраженной дезадаптации в обществе.

Начальные признаки болезни: появление у пациентов несвойственных им прежде психопатических черт шизоидного и

возбудимого круга, извращенных эмоциональных реакций и влечений. Развиваются и признаки «ущербности» личности шизофренического типа.

Ведущими в поведении таких больных оказываются черты ослабления самоконтроля и нарастающего безволия. В клинической картине начального этапа болезни также могут доминировать черты несвойственной больным ранее повышенной раздражительности, грубости и неуживчивости с окружающими. Проявляемое пациентами упрямство настораживает своей немотивированностью. Больные, несмотря на просьбы, убеждения и даже приказания перестают стричь волосы, менять белье, отказываются мыться, вступают в ненужные пререкания, часами без надобности спорят. В реакциях на окружающее все заметнее выявляется неадекватная гневливость, нередко сопровождающаяся агрессией. Обращает на себя внимание также то, что больные как бы останавливаются в своем психическом развитии: вновь начинают интересоваться сказками, а также военной и «шпионской» тематикой книг и кинофильмов, особенное удовольствие они получают от описания сцен различных зверств, мучений, скандальных историй, становятся лживыми и т.д.

Несмотря на сохранность интеллектуальных способностей, большинство больных из-за резкого снижения успеваемости оставляют учебу в школе или на первых курсах института. В течение нескольких лет могут вести праздный образ жизни; в некоторых случаях, не задумываясь, уезжают в другие города «познавать жизнь», легко попадают под влияние антисоциальных личностей и совершают правонарушения, вступают в различные религиозные секты (преимущественно «сатанинской» направленности).

Нередко у больных на первый план выступают расторможение полового влечения, неумеренное потребление алкогольных напитков и наркотиков, занятия азартными играми. Влечение к какому-либо виду деятельности определяется извращенными эмоциональными реакциями, и тогда характер занятий приближается по своему содержанию к перверсным влечениям. Тем не менее «шизофреническая» окраска поведения больных в целом выступает очень отчетливо в виде неадекватности поступков, их малой мотивированности, непонятности, странности,

однообразия, а также вычурности и нелепости. В картине гебоидного состояния выраженные шизоидные особенности сосуществуют с истерическими элементами рисовки и демонстративности, симптомы патологического фантазирования – с чертами ригидности, проявления повышенной возбудимости и аффективная неустойчивость – с невротическими и фобическими симптомами, нарушения влечения – с расстройствами психастенического круга.

С 17–20 лет в течение последующих 2–7 лет клиническая картина и поведение больных становятся однообразными независимо от изменения реальных условий и внешних воздействий. Более заметно проявляются признаки задержки психического развития (последнее как бы останавливается на подростковом уровне, пациенты «не взрослеют»). В этот период отмечается наибольшее число обусловленных неправильным поведением больных госпитализаций.

Последний этап продолжается в среднем 1–2 года и приходится на возраст 20–24 года (колебания от 18 до 26 лет). В этот период постепенно уменьшается полиморфизм гебоидных расстройств, сглаживаются поведенческие нарушения, немотивированная неприязнь к родственникам, склонность к употреблению алкоголя и наркотиков, необычность увлечений и интересов; «пубертатное мировоззрение» теряет свою явно оппозиционную направленность, а затем постепенно сходит «на нет». Значительно дольше остаются признаки ослабления самоконтроля, что находит отражение в эпизодических алкогольных, наркотических и сексуальных эксцессах. По мере редуцирования гебоидных нарушений появляется возможность оценить изменения личности. Как правило, они оказываются не столь глубокими, как можно было ожидать.

Приступ с явлениями «метафизической интоксикации» – это развивающееся в юношеском возрасте состояние, характеризующееся доминированием в психической жизни субъекта аффективно заряженной односторонней интеллектуальной деятельности (чаще абстрактного содержания) и приводящее к различным формам социальной и трудовой дезадаптации.

Проявления феномена «метафизической интоксикации» отличаются значительным разнообразием. Одни пациенты посвящают себя поиску метафизических или философских «истин». Другие одержимы идеями духовного либо физического самоусовершенствования, которые они возводят в ранг мировоззрения. Третьи тратят много времени и энергии на изобретение «вечного» или «безопорного» двигателя, решение неразрешимых на сегодняшний день математических или физических задач. Четвертые обращаются к христианству, буддизму, индуизму, становясь религиозными фанатиками, членами различных сект. Доминирует чувство убежденности в особой значимости и правоте собственной деятельности. Свидетельством преобладания аффекта над идеей служит оттенок экзатичности в состоянии: больные заявляют о мистическом проникновении в суть вопросов бытия, о познании смысла жизни в период «вдохновения», «прозрения» и т.д. Формирование подобного «мировоззрения» обычно наступает быстро по типу «кристаллизации», а его содержание часто находится в прямом противоречии с прошлым жизненным опытом пациентов, их прежними интересами, личностными установками.

Активный этап болезни с доминированием явлений «метафизической интоксикации» ограничен периодом юношеского возраста, за пределами которого наступают выраженное редуцирование всех позитивных расстройств, сглаживание и компенсация личностных изменений, хороший, неуклонно повышающийся социально-трудовой рост, т.е. состояние стойкой ремиссии типа практического выздоровления.

К 20–21 году все более отчетливо выступают их житейская неприспособленность, зависимость от родителей, не соответствующая возрасту наивность суждений; односторонность интеллектуального развития, а также снижение сексуального влечения.

Однако по минованию болезненного состояния пациенты возвращаются к учебе, начинают работать. При этом в сравнении с преморбидом здесь можно обнаружить определенные изменения личности: аутизацию, склонность к соблюдению заведенного распорядка и уклада жизни, элементы резонерства, недостаточную самокритичность, отчетливые признаки психического ювенилизма.

Сохраняющиеся сверхценные образования оказывают влияние на предпочтительность интересов и занятий больных, обычно становясь содержанием их профессиональной деятельности. Как правило, этих больных в последующем отличает относительно высокий уровень профессиональной продуктивности.

Приступ с дисморфофобическими и психастеническими расстройствами характеризуется, прежде всего, состоянием, которое определяется понятием дисморфофобии – болезненного расстройства с доминированием идеи мнимого физического недостатка (формы или функции). Дисморфофобия является симптомокомплексом, встречающимся преимущественно в подростково-юношеском возрасте и представляющим одну из сторон проявлений пубертатных кризов.

Под расстройствами психастенического типа имеются в виду проявления, напоминающие личностные особенности, характерные для психопатов-психастеников. В клинической картине наиболее часто встречаются такие симптомы, как появление несвойственной ранее нерешительности и неуверенности в своих действиях и поступках, трудностей контактов с чувством скованности и напряжения на людях, обостренная рефлексия, чувство изменённости своей личности и отстранения от реального («потеря чувства реального»), приводящие к нарушению адаптации к окружающим условиям жизни. При манифестации данного варианта атипичного пубертатного приступа в одних случаях превалирует дисморфофобия, в других – психастеноподобные расстройства.

Описанным явлениям дисморфофобии и психастеноподобных расстройств обычно предшествует возникновение или усиление шизоидных черт в возрасте 11–13 лет. В дальнейшем (12–14 лет) обычно возникают идеи физического недостатка, которые поначалу практически ничем не отличаются от обычного сверхценного интереса и озабоченности подростка по поводу собственной внешности.

Манифестный этап болезни развивается в возрасте 15–18 лет. Его начало определяется усложнением темы дисморфофобии: наряду с беспокойством по поводу лишней массы тела, наличия юношеских угрей пациентов начинают волновать форма носа, грозящее облысение, малозаметные родимые пятна и т.д.

Резко меняется и поведение больных: их полностью охватывают мысли об имеющихся у них «дефектах», они оставляют учебу, бросают работу, не выходят на улицу, прячутся от товарищей, гостей. Занимаясь самолечением, они постоянно контролируют свой вид с помощью зеркала – симптом «зеркала». Больные с упорством обращаются к косметологам, готовы на все ради исправления дефекта. Нередко у них наблюдаются и выраженные аффективные реакции с истерическими чертами, сверхценные идеи физического недостатка перерастают в некорректируемую систему убеждений, приближающуюся к бреду. У этих больных нередко отмечаются идеи отношения, вербальные иллюзии, они заявляют, что повсюду над их уродством «открыто» издеваются. В этот период пациенты обычно неоднократно госпитализируются.

По истечении описанных явлений все больные работают и достаточно хорошо справляются с учебой. Они достигают, как правило, относительно высокого профессионального уровня, хотя в некоторых случаях отмечаются малая инициативность и продуктивность. Иногда остаются черты замкнутости, обособленности, поверхностности, незрелости суждений и интересов, повышенная внушаемость; эгоцентризм и недостаточная эмоциональная привязанность к близким сочетаются с подчиненным положением в семье. Некоторые больные бывают раздражительными, у них легко наступают аффективные реакции по незначительным поводам, причины которых больные усматривают в повышенной утомляемости, несдержанности. При этом подобные реакции они позволяют себе только дома.

Характеристика юношеской непрерывно текущей шизофрении

Юношеская непрерывно текущая шизофрения характеризуется значительным разнообразием течения, а также «полярностью» путей ее развития – от катастрофического злокачественного до благоприятного вялого. Наиболее характерным для юношеской непрерывно текущей шизофрении является начало заболевания в подростковом возрасте (в 11–15 лет). Клинические особенности выражены тем сильнее, чем раньше началось заболевание в пределах юношеского периода. На

клиническую картину заболевания оказывают влияние психические проявления, свойственные юношескому периоду.

Основной общей закономерностью развития юношеской непрерывно текущей шизофрении является то, что заболевание всегда начинается с очерченного периода характерологических изменений. Инициальный (начальный) этап при юношеской непрерывно текущей шизофрении состоит как бы из двух фаз – негативной и продуктивной.

В зависимости от степени характерологического, личностного сдвига (негативная фаза) выделяют три типа дебюта заболевания.

1. По типу шизоидных изменений личности: эмоциональное обеднение, эмоциональная хрупкость, сужение объема и изменение направленности интересов в сторону абстрактных вопросов, без заметного снижения психической активности и продуктивности.

2. Психопатоподобные изменения сходные с психопатией типа возбудимых: раздражительность, грубость, эгоистичность, ослабление привязанностей, снижение чувства симпатии к близким, элементы оппозиции к окружающим в сочетании с повышенной возбудимостью, взрывчатостью, иногда с расстройством влечений. Характер интересов меняется в сторону бездумных легких развлечений с одновременной переоценкой собственной личности. Одновременно наблюдается нестойкость и обеднение реальных интересов, некоторая расплывчатость мышления и склонность к резонерству при сравнительной сохранности работоспособности.

3. Редукция энергетического потенциала: утрата энергетических возможностей со снижением психической продуктивности, расстройством мышления – недостаточная скоординированность, расплывчатость. Наблюдается обеднение и опустошение аффективной жизни, отчужденность, антипатия и злобность по отношению к близким, а иногда и расторможение низших влечений, носящее обнаженный, брутальный характер. Очень быстро утрачиваются реальные интересы и побуждения, рано наступают изменения внешнего облика больных – утрачиваются выразительность и адекватность мимики, жестов, интонации. При этом отсутствует осознание болезни.

Вслед за начальным личностным сдвигом (первыми негативными проявлениями болезни), в одних случаях вскоре или почти одновременно, в других – спустя более длительное время выявляются продуктивные синдромы инициального этапа (навязчивый, психастенический, сверхценный и т.д.) или усугубляются и становятся ведущими гебоидные расстройства.

Обнаруживается общая закономерность: чем значительнее негативные расстройства, тем меньше отмечаются признаки, свойственные «пубертатному сдвигу», психические особенности юношеского возраста. Другое общее свойство клиники юношеской непрерывно текущей шизофрении – выраженность аффективных расстройств.

Важно отметить специфическую структуру негативных изменений. Даже в самых благоприятных случаях, прежде всего, страдает психическая активность больных, обнаруживающаяся как в сфере психической продуктивности и активности, так и в эмоциональной сфере. При начале заболевания в юношеском возрасте наступает задержка психического развития, выявляются черты ювенилизма и инфантилизма.

В связи с недостаточной сформированностью способности к систематическому, последовательному анализу конкретных явлений, завершеному логическому построению для юношеской непрерывно текущей шизофрении систематизированный бред не характерен. Бредовые идеи, как правило, рудиментарны, фрагментарны, не имеют логической системы доказательств и не сопровождаются бредовой активностью.

Патопсихологический шизофренический синдром в юношеском возрасте

Мышление и речь. Мышление больных шизофренией, а также устная и письменная речь утрачивают целенаправленность, последовательность, логичность. Больной легко сбивается, теряет нить рассуждений. Отмечаются наплывы мыслей индифферентного содержания, которые больной не может прервать, иногда внезапные обрывы («Голова становится пустой»). Сам процесс мышления становится объектом внимания больных, утрачивая свой «автоматический характер». Иногда больной физически ощущает изменения хода мыслей. Наряду с этим изменяется сам характер мышления. Утрачиваются образные компоненты, начинает

преобладать склонность к абстракции и символике. Вместе с тем обнаруживаются «соскальзывания», «закупорка» мышления, «обрывы» (sprung); нарушения мышления далеко не всегда носят однообразный характер. В одних случаях они сочетаются с общим обеднением мышления, когда больные жалуются на то, что у них вообще мало мыслей, они элементарны, в других – обращают на себя внимание необычностью, своеобразием ассоциаций, их неадекватный характер.

В речи больных появляется склонность к бесплодным рассуждениям, витиеватости (резонерству). В других случаях выступает выраженная разорванность мышления, когда речь, сохраняя грамматические формы, утрачивает всякий смысл. Искривляются уже не только фразовая речь, но и отдельные слова, появляются новые, вычурные слова (неологизмы). Такие выраженные расстройства речи носят название шизофазии. В этих тяжелых случаях речь утрачивает свои коммуникативные функции.

Эмоциональная сфера. Для шизофрении характерны значительные изменения в эмоциональной сфере. Они носят двоякий характер: с одной стороны, наблюдается прогрессирующее обеднение эмоциональных реакций, с другой – их неадекватность, парадоксальность. Постепенное обеднение эмоциональных реакций наблюдается уже в начальном периоде заболевания либо возникает и прогрессирует от приступа к приступу. Сначала страдают высшие эмоции – сострадание, альтруизм, эмоциональная отзывчивость. Впоследствии больные становятся все более холодными, эгоцентричными. Их перестают интересовать события на работе, в семье. В тяжелых случаях развивается глубокая апатия, с полным равнодушием к окружающей обстановке и собственной судьбе. Такое однолинейное прогрессирующее эмоциональное опустошение вплоть до развития апатического слабоумия встречается не столь уж часто, обычно в случаях злокачественного течения. Чаще же на фоне значительного обеднения эмоциональной жизни выступает парадоксальность эмоциональных реакций. Больной смеется в неподобающей ситуации, спокойно констатирует грустные для него и окружающих события, но производит неадекватные, часто бурные реакции по совершенно ничтожным поводам. Нередко в этих реакциях чувствуются их неестественность, отсутствие

аффективной насыщенности, поэтому также легко эти реакции проходят (шизофренический псевдоаффект).

Как и в сфере мышления, где одновременно могут существовать противоположные по направленности мысли, в сфере эмоций наблюдаются раздвоения эмоциональных реакций на одно и то же событие (эмоциональная амбивалентность).

Волевая сфера. Одной из характерных особенностей шизофрении является снижение психической активности («энергетического потенциала»). У больных постепенно снижается уровень активности, им все труднее становится учиться, работать. Любая деятельность, особенно умственная, требует все большего и большего напряжения. Концентрация внимания дается очень трудно. Утомляет общение с другими людьми. Все это ведет к нарастающим трудностям в учебе, снижению профессиональных навыков, а в тяжелых случаях – к несостоятельности при сохранных формальных функциях интеллекта.

Коммуникация. Целый ряд особенностей выявляется в поведении больных, главным образом в сфере межличностных отношений. Больным шизофренией свойственна интровертированность – психологическая направленность на внутренний мир. Однако эта черта нередко характеризует и преморбидную личность больных. При развитии заболевания эта тенденция значительно нарастает, достигая степени аутизма, по Е. Блейлеру, «ухода в себя», приводящего к нарушению межличностных отношений. Больной становится молчаливым, начинает избегать контактов с людьми, так как лучше себя чувствует в одиночестве. Постепенно сужается круг его знакомых. Даже с близкими вербальный контакт становится формальным, бедным.

Внешний вид. Изменению подвергаются и внешний облик больных, мимика и жесты, манера поведения, формы реакций на различные жизненные события. В связи со снижением уровня эмоциональных реакций значительно обедняется и становится неадекватной мимика, почти исчезают вазомоторные реакции. Мимические движения не соответствуют определенной ситуации, внутренним переживаниям, а свидетельствуют о расщеплении целостного эмоционально-мимического реагирования. В более выраженной стадии болезни нередко меняется походка –

становится какой-то неестественной, вычурной. То же самое можно сказать и о жестикуляции. Вообще манерность мимики и пантомимики является характерной для шизофренических изменений личности. Изменяется также голос – исчезают эмоциональные модуляции, утрачиваются нюансы интонации, о волнующем и безразличном больные говорят одним тоном («деревянным голосом»).

Нередко изменяется и манера одеваться. Одни больные становятся неряшливыми, неаккуратными, совершенно не стесняясь, могут появиться в обществе в грязной старой одежде, другие начинают одеваться крайне вычурно, крикливо, утрачивая элементарные вкус и стиль. Наконец, у отдельных больных обнаруживается крайний консерватизм в одежде, которая перестает соответствовать не только моде, но и возрасту, положению в обществе.

Таким образом, расстройства мышления, эмоциональной сферы, манерность, вычурность, негативизм и амбивалентность являются основными характеристиками развивающегося процесса. В зависимости от степени прогрессивности заболевания они могут быть выражены в различной степени – от тонких, улавливаемых только опытным глазом, особенностей до грубых расстройств, обнаруживаемых без труда. Важно отметить, что вся описанная симптоматика развивается на фоне непомраченного сознания и не является транзиторной, кратковременной. Следовательно, речь идет о глубоких и стойких изменениях личностной структуры, которые могут усиливаться при обострении болезни, но никогда не исчезают полностью.

Вопросы для самоконтроля

1. Дайте определение шизофрении, опишите её признаки.
2. Раскройте классификацию шизофрении по клиническим вариантам и течению.
3. Опишите юношескую приступообразную шизофрению.
4. Опишите атипичные пубертатные шизофренические приступы.
5. Охарактеризуйте юношескую непрерывнотекущую шизофрению.

6. Опишите патопсихологический шизофренический синдром в юношеском возрасте.

3.10. Эпилепсия

Эпилепсия – это хроническое эндогенно-органическое психическое заболевание, характеризующееся наличием эпизодически возникающих приступов расстройств в сознании, настроении, сопровождающихся или не сопровождающихся судорогами, приводящих к развитию специфических изменений личности и интеллектуально-мнестическому снижению.

К эпилепсии не относят случаи единичных приступов вне зависимости от их клинических проявлений, только повторные приступы дают основание для установления диагноза «эпилепсия».

Более 50 миллионов человек во всем мире страдают эпилепсией.

Стандартизированная по возрасту распространенность в мире по данным на 2016 год составляет 621 на 100000. Распространенность эпилепсии увеличивается с возрастом, достигая максимума к 5–9 годам и у людей старше 80 лет. Заболеваемость эпилепсией в разных странах составляет в среднем 68 на 100000 человек в год. По данным единственного российского масштабного клинико-эпидемиологического исследования 517624 человек 14 лет и старше в 14 регионах РФ (0,34% всего населения РФ) стандартизированное по возрасту значение распространенности (European Standard Million) составило 3,40 случая на 1000. Распространенность эпилепсии была выше: в Сибири и на Дальнем Востоке по сравнению с Европейской частью РФ, в сельской местности по сравнению с крупными городами. Возрастная структура заболеваемости отличалась от наблюдаемой в странах Европы и США – значения заболеваемости были ниже в старших возрастных группах.

Классификация эпилепсии

Эпилепсию, согласно этиологии, делят на структурную, генетическую (наследственную) и криптогенную. Структурная эпилепсия – это заболевание с известной этиологией и верифицированными с помощью нейровизуализации морфологическими нарушениями головного мозга

приобретенными (опухоли, рубцы, кисты и др.) либо врожденными (дисплазия коры), она чаще возникает в раннем возрасте. Генетическая (наследственная) эпилепсия – это заболевание, при котором несколько членов семьи больного страдают эпилепсией, при этом отсутствуют органические провоцирующие факторы в виде травм, нейроинфекций и др., отсутствует очаговая неврологическая симптоматика. Возникает эта форма эпилепсии в более позднем возрасте. Криптогенная эпилепсия – это форма, которая не удовлетворяет критериям генетической (отсутствует наследственная предрасположенность) и структурной форм, причина развития эпилепсии остается неясной. Процент криптогенной эпилепсии колеблется в широком диапазоне от 20% до 64% всех случаев.

Характерный признак эпилепсии – внезапный эпилептический припадок. Замечено, что иногда за пару дней до припадка появляются предвестники в виде плохого самочувствия, раздражительности, головной боли и т.д. Частота припадков может быть разная: от ежедневных до одного-двух раз в год. Таким образом, для припадка характерно: внезапность возникновения и прекращения; относительная кратковременность (от нескольких секунд до нескольких минут); стереотипность (тенденция к повторению в одной и той же форме); повторяемость. Классификация эпилептических припадков подразделяет приступы первично на генерализованные и парциальные.

К генерализованным приступам относят приступы с потерей сознания. Их разделяют на судорожные и бессудорожные. К генерализованным судорожным приступам относят: генерализованные тонико-клонические приступы, генерализованные тонические и генерализованные клонические приступы. К бессудорожным генерализованным приступам относят различного вида абсансы.

Классический тонико-клонический приступ проявляется потерей сознания, падением, прикусом языка, судорожными фазами (вначале тонической – с напряжением мышц-разгибателей, затем клонической – повторные сокращения мышц-сгибателей), непроизвольным мочеиспусканием, последующим сном. Длительность тонико-клонического приступа составляет 3–5 минут. Генерализованный тонический приступ проявляется также,

только отсутствует клоническая фаза. При генерализованном клоническом приступе отсутствует тоническая фаза напряжения мускулатуры.

Абсанс – это бессудорожный генерализованный эпилептический приступ. Простой абсанс характеризуется только выключением сознания, выглядят внешне как «задумчивость», «отключение» от внешней ситуации, длится несколько секунд, может иметь частоту до сотен приступов в день. Атонический абсанс – это выключение сознания на несколько секунд, сопровождающийся падением мышечного тонуса, что внешне проявляется падением больного.

Миоклонические приступы протекают без потери сознания, проявляются спазмами определенных мышечных групп. Возникают у подростков 14–18 лет. По своим электроэнцефалографическим характеристикам имеют генерализованную форму, их влияние на мозг не отличается от генерализованных припадков.

Парциальные (очаговые, фокальные, локальные, локально-обусловленные) приступы – это приступы без потери сознания. Их делят в зависимости от симптоматики на:

- моторные (двигательные);
- сенсорные (с изменением чувствительности);
- вегетативно-висцеральные;
- приступы с нарушением психических функций;
- вторично-генерализованные приступы.

Моторные приступы проявляются ритмичными подергиваниями мышц, чаще односторонними. Это могут быть подергивания одной конечности, дистальной части конечности либо руки и ноги одной половины тела (Джексоновские приступы). Моторные приступы могут проявляться изолированными речевыми расстройствами в виде остро возникающей кинестетической афазии (нарушение артикуляции, при которой речь становится неразборчивой).

Сенсорные приступы проявляются неприятными ощущениями в теле (онемение, покалывание, жжение и др.), параксизмально повторяющимися на фоне ясного сознания. Неприятные ощущения стереотипно (по типу клише) возникают в какой-то конечности или конечностях одной половины тела.

Вегетативно-висцеральные фокальные приступы проявляются периодически возникающими приступами с симптоматикой сердечно-сосудистых расстройств (повышением артериального давления, головными болями или головокружением, сердцебиением, покраснением или побледнением), желудочно-кишечных расстройств (с болями в животе, диареей), мочеполовой системы (позывами на мочеиспускание, задержкой мочеиспускания).

Парциальные приступы с психическими расстройствами проявляются в виде периодически возникающих:

– галлюцинаций (слуховых, обонятельных, вкусовых или зрительных, простых или сложных);

– нарушений мышления (ускорение или замедление темпа мышления, наплывы мыслей, навязчивые или насильственные мысли);

– нарушений эмоций (тревога, паника, внутреннее напряжение, тоска);

– явлений деперсонализации или дереализации.

Вторично-генерализованные приступы начинаются с любого парциального, затем переходят в генерализованный судорожный припадок.

Кроме того, выделяют приступы, обусловленные циклическими гормональными изменениями (менструальная эпилепсия), и большую группу рефлекторных приступов, возникающих вследствие раздражения определенного анализатора (фотосенситивные, аудиогенные, приступы еды и др.).

Эпилептические припадки могут быть у одного и того же больного однотипными или разнообразными, неодинаковыми на разных этапах болезни. Характер их зависит от локализации эпилептического очага и динамики патологического процесса, дополнительных патогенных воздействий, возраста больных.

Основные формы эпилепсии в детском и юношеском возрасте

В детском возрасте у детей могут возникать судорожные приступы вследствие различных причин (инфекционные заболевания, аллергические реакции, глистная инвазия, гипертермия, заболевания пищеварительного тракта и легочной системы).

Это состояние определяется как эпилептическая реакция – неспецифическая реакция головного мозга в виде судорог вследствие повышенной судорожной готовности головного мозга у детей. Эпилептические реакции эпизодические, обычно единичны.

Эпилепсия у детей нередко начинается с бессудорожных пароксизмов (абсансов), снохождений, внезапно возникающих страхов, расстройств настроения и поведения, приступов боли в разных органах.

Болезнь в детском возрасте протекает более злокачественно, чем у взрослых, нередко быстро приводит к формированию нарушений развития, снижению интеллекта, изменениям личности.

У детей раннего и дошкольного возраста возникают особые атипичные формы малых приступов, которых не бывает у старших детей и у взрослых. Среди этих приступов различают: а) пропульсивные; б) импульсивные; в) ретропульсивные. Эти приступы возникают без ауры, длятся несколько секунд и проходят сериями.

Пропульсивные приступы могут начинаться в возрасте от 2 мес. до 4 лет и выражаются в резком вздрагивании мышц и наклоне тела вперед.

У двухмесячных детей приступы проявляются в стремительном наклоне головы вперед – «кивки»; в 6 месяцев они заменяются наклонами головы и туловища, а в дальнейшем могут выражаться в движении всего корпуса вперед.

Прогностически наиболее неблагоприятным считают «салаамовые приступы», или «салаамовые судороги». Они стереотипны: больной наклоняет голову и туловище вперед, поднимает руки вверх и разводит в стороны.

Ретропульсивные приступы наиболее часты в возрасте 5–8 лет. Характеризуются движениями головы и корпуса назад. По клиническим проявлениям они ближе к «пикнолепсии», но отличаются более резко выраженными двигательными расстройствами.

Для пикнолепсии характерна большая чистота приступов (до 50 в день) и более кратковременная потеря сознания, сопровождающаяся ритмически повторяющимися движениями – морганием глаз и откидыванием головы назад.

У детей дошкольного и младшего школьного возраста фокальные приступы быстро становятся вторично-генерализованными.

Адверсивные приступы чаще наблюдаются у детей, характеризуются резким поворотом головы, глаз и туловища в сторону, противоположную пораженному полушарию. Эти пароксизмы у детей обычно переходят в большой судорожный приступ.

Существуют специфические юношеские формы идиопатической эпилепсии: юношеская миоклоническая эпилепсия, юношеская абсанс-эпилепсия, эпилепсия с генерализованными приступами при пробуждении, доброкачественная затылочная эпилепсия юношеского возраста. Кроме генетической детерминированности она характеризуется возраст-зависимым дебютом, клиническими и электроэнцефалографическими особенностями. При этой форме эпилепсии у больного интеллект без выраженных отклонений, отсутствуют изменения в неврологическом статусе, основной ритм ЭЭГ без нарушений и прогноз с достижениями терапевтической ремиссии относительно благоприятный.

Определенный возраст дебюта является важным критерием. Так, юношеская миоклоническая эпилепсия не дебютирует до 8 лет, а роландическая – после 13 лет. В то же время эпилепсия с изолированными генерализованными судорожными припадками может начинаться в возрастном интервале от 3 до 30 лет. Не определена верхняя граница для юношеской абсанс-эпилепсии: пик заболевания приходится на 9–17 лет, однако встречаются случаи с дебютом в 20–25 лет и старше. Важным критерием наследственной формы эпилепсии является отсутствие очаговых симптомов в неврологическом статусе больного. Данный критерий подразумевает отсутствие у больных выраженных очаговых симптомов, таких как парезы, параличи, проводниковые расстройства чувствительности, атаксии, тремора.

Серьезную угрозу эпилепсия представляет в период развития и обучения детей, когда наступают характерные для эпилепсии явления органической деменции и эпилептические изменения личности.

В большинстве случаев заболевание приводит к постепенному изменению личности и своеобразному снижению интеллекта. Выраженность личностных и интеллектуальных нарушений зависит от вида эпилептических приступов и их частоты. Наиболее выраженные нарушения вызывают генерализованные, вторично-генерализованные и миоклонические приступы. Чем выше частота приступов, тем более выражены изменения личности и интеллекта больного.

Изменения личности и интеллекта у больных эпилепсией

Течение эпилепсии сопровождается формированием у больных своеобразных изменений личности (эпилептического характера), которые проявляются в эгоцентричности, сочетании угодливости, слащавости со злобностью, жестокостью, мстительностью, злопамятностью, так называемая полярность характера. У больных снижается круг интересов, они становятся педантичными, придирчивыми, отмечается склонность к внезапно наступающим дисфорическим реакциям. Для этих больных характерна аффективная вязкость, то есть застревание на отрицательных эмоциях, обидах, злобе которые они копят в своем сознании, в последующем наступает аффективный разряд в виде внезапной агрессии исключительной силы. В этом состоянии больные представляют опасность для окружающих. Сочетание аффективной вязкости, взрывчатости и полярности аффектов порождает у больных эпилепсией длительные мстительные тенденции, сохраняющиеся годами и завершающиеся нередко агрессией. При длительном течении заболевания, неправильно подобранном лечении и нерегулярном приеме противоэпилептических препаратов возникает эпилептическое слабоумие, которое характеризуется изменением мышления, склонностью к детализации, вязкости, больные не могут отделить главное от второстепенного. Мышление становится конкретным, отмечаются нарушения памяти, снижение словарного запаса. В речи больного появляются уменьшительно-ласкательные суффиксы.

Особенности изменений личности при эпилепсии:

1. Характерологические:

- эгоцентризм;
- педантизм;

- пунктуальность;
- злопамятность;
- мстительность;
- гиперсоциальность;
- привязчивость;
- инфантилизм;
- сочетание грубости и угодливости.

2. Формальные расстройства мышления:

- брадифрения (тугоподвижность, замедленность);
- обстоятельность;
- склонность к детализации;
- конкретно-описательное мышление;
- персеверация.

3. Перманентные эмоциональные расстройства:

- вязкость аффекта;
- импульсивность;
- эксплозивность;
- дефензивность (мягкость, угодливость, ранимость).

4. Снижение памяти и интеллекта:

- легкие когнитивные нарушения;
- деменция (эпилептическое, эгоцентрическое, концентрическое слабоумие).

5. Изменение сферы влечений и темперамента:

- повышенный инстинкт самосохранения;
- повышение влечений;
- преобладание хмурого, угрюмого настроения.

Более выраженные нарушения психики заметны при височной и лобной локализации очага. Обстоятельность, педантизм, упрямство и своенравие характерны для височной эпилепсии. Поражение височной области сопровождается двумя типами пароксизмов: в виде чрезмерного усиления аффекта (чаще страхи, ужасы) или в виде резкого уменьшения аффективного тонуса. При поражении височных отделов нет грубых изменений эмоциональной сферы – больные достаточно критичны к себе и к окружающим, достаточно активны и целенаправленны. Наиболее характерны для них аффективно-вегетативные пароксизмы и депрессивные или агрессивные состояния (особенно при поражении правого полушария).

Наибольшее изменение личности по эпилептоидному типу отмечается при лобных очагах. Кроме того, часты после приступные сумеречные состояния с возбуждением и агрессией, стойкие нарушения психики. При двусторонних лобных очагах в наибольшей степени выражены полиморфизм и частота припадков, изменения личности и эпилептическая деменция.

Патопсихологический эндогенно-органический синдром

Эндогенно-органическому синдрому в клинике соответствуют истинная эпилепсия.

Ядро комплекса – инертность всех психических процессов, чрезмерная детализация (не способность выделить главное) в восприятии и мышлении, специфические изменения мотивационной и эмоциональной сфер.

Незначительная выраженность симптомов соответствует эпилептическому типу личности. При этом сохранены все психические процессы, но отмечается их инертность, чрезмерная детализация, вязкость и т.д. Сохранен уровень мотивационной активности и контроль над эмоциями.

Поведение: медлительность в движениях, увеличение времени на проведение обследования вследствие снижения темпа работоспособности при отсутствии истощаемости. Желание соответствовать ожиданиям экспериментатора.

Бедность мимики и пантомимики. Помощь экспериментатора принимают ограниченно. Могут благодарить экспериментатора. Педантичны и аккуратны.

Восприятие: выраженная детализация при восприятии и описании, не может выделить главное, существенное (все важно), «вязнет в деталях», при описании рисунка не может выделить содержания.

Внимание: отмечается сужение объема, переключаемости внимания, отсутствие истощаемости при высокой сосредоточенности на эмоционально-значимых объектах.

Память: наиболее выражены нарушения динамического и операционного компонента памяти. В зависимости от выраженности дефекта отмечаются нарушения непосредственного запоминания, трудности с удержанием объекта в памяти. Опосредованное запоминание более сохранно.

Мышление: отмечается снижение динамики мыслительного процесса, снижение уровня обобщения; актуализация при обобщении конкретно ситуационных и личностно-значимых признаков, например, в методике опосредованное запоминание по Леонтьеву. Отмечаются выраженные нарушения динамики мышления инертность (вязкость), склонность к чрезмерной детализации (топчутся на месте) и персеверациям. Снижение критичности мышления, выраженный эгоцентризм суждений, специфическое «эпилептическое резонерство», на основе бытовых и личностно-значимых переживаниях, с оттенком морализации.

Даже при беседе, больные эпилепсией склонны к чрезмерной детализации, описывают все в мельчайших подробностях, боясь упустить главное. Также характерно непонимание юмора вследствие затруднения выделения главного.

Речь – снижение темпа, олигофазия (узнают предмет и могут перечислить его свойства, назначение, но не способны его назвать), употребление штампов, уменьшительно-ласкательных суффиксов (слащавость). Использование официального стиля при разговоре. В письменной речи отмечается аккуратность, педантизм, шаблонности и повторы.

Эмоциональная сфера: инертность эмоциональных реакций при повышенной амплитуде, нарушения контроля над эмоциями, что приводит к приступам ярости. Также отмечаются диссоциации: с одной стороны, они демонстрируют доброжелательность (до слащавости), выслуживаются и угождают (при значимых лицах), с другой стороны фиксируются на негативных аспектах. Они злопамятны, обидчивы, характерно сильное чувство ревности, несправедливости, дисфории: тоскливо-злбно-мрачное настроение с накапливающимся аффектом и «взрывом» по любому, даже малозначимому поводу.

Мотивационная сфера – высокая спонтанная активность. Доминирование эгоцентрических и утилитарно-гедонистических мотивов. Выражены агрессивные сексуальные побуждения. В поведении отмечается чрезмерная склонность к порядку, пунктуальность.

Вопросы для самоконтроля

1. Дайте определение эпилепсии, назовите причины её возникновения.
2. Расскажите классификацию эпилепсии и опишите эпилептические припадки.
3. Назовите и опишите основные формы эпилепсии в детском и юношеском возрасте.
4. Опишите изменения личности и интеллекта у больных эпилепсией
5. Опишите патопсихологический эндогенно-органический синдром.

ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ

1. Определение понятий «патопсихология» и «психопатология». История развития патопсихологии и психопатологии.
2. Определение нормы, патологии, расстройства и психического здоровья в психопатологии и патопсихологии.
3. Предмет и задачи патопсихологии и психопатологии.
4. Определение патопсихологического симптома, синдрома, классификация психопатологических синдромов.
5. Патопсихологические методики выявления патопсихологического синдрома.
6. Принципы патопсихологического обследования. Сбор анамнеза. Беседа в работе психолога. Этапы проведения беседы.
7. Классификация нарушений ощущений.
8. Количественные и качественные нарушения ощущений.
9. Классификация нарушений восприятия.
10. Иллюзии, определение и виды.
11. Галлюцинации, определение и виды.
12. Психосенсорные расстройства
13. Синдромы нарушений ощущений и восприятия.
14. Методы исследования ощущений и восприятия.
15. Классификация расстройств памяти.
16. Количественные и качественные нарушения памяти.
17. Корсаковский амнестический синдром, проявления, причины.
18. Методики исследования памяти.
19. Понятие мышления. Нарушения мышления, классификация.
20. Нарушения мышления по темпу и нарушение образования понятий.
21. Нарушения мышления по форме и содержанию.
22. Классификация бредовых идей.
23. Синдромы с преимущественным нарушением мышления.
24. Методики исследования мышления.
25. Определение интеллекта, виды интеллекта, классификация нарушений интеллекта.
26. Деменция и психоорганический синдром определение, причины возникновения, виды.

27. Умственная отсталость, определение, причины возникновения, классификация.

28. Состояние утомления, признаки, классификация. Хроническое переутомление.

29. Нарушения силы эмоций.

30. Нарушения подвижности эмоций.

31. Нарушение адекватности эмоций.

32. Синдромы нарушений эмоций.

33. Методы исследования эмоций.

34. Определение понятия эффекторно-волевой сферы, классификация расстройств эффекторно-волевой сферы.

35. Расстройства инстинктов и волевых побуждений.

36. Симптомы и синдромы психомоторных расстройств.

37. Синдромы выключения сознания: оглушение, сопор, кома.

38. Делириозное помрачение сознания, аменция.

39. Онейроидное помрачение сознания.

40. Сумеречное помрачение сознания, истерические нарушения сознания.

41. Расстройства личности, определение, диагностические критерии, причины возникновения расстройств личности.

42. Классификация расстройств личности по МКБ-10. Возрастные особенности расстройства личности.

43. Характеристика эмоционально-неустойчивого, истерического и диссоциального расстройств личности.

44. Характеристика ананкастного, тревожного и зависимого расстройств личности.

45. Характеристика шизоидного и параноидного расстройств личности.

46. Характерологические и патохарактерологические личностные реакции у детей и подростков.

47. Определение, признаки и причины возникновения невротических расстройств.

48. Основные типы невротозов у детей. Неврастения, причины, признаки. Обсессивно-компульсивное расстройство.

49. Конверсионное и диссоциативное невротическое расстройство, предрасполагающие факторы, признаки.

50. Ипохондрический невроз. Тревожно-фобическое расстройство.

51. Системные (специфически детские) невротические расстройства тики, виды и признаки.

52. Основные предпосылки возникновения неврозов у детей. Характер как предпосылка развития невроза.

53. Понятие школьной дезадаптации и её критерии. Группы риска по возникновению школьной дезадаптации.

54. Дидактогении, определение, проявления и классификация. Понятие о псевдодидактогении.

55. Школьная дезадаптация детей и подростков с психическими расстройствами. Возрастные критические периоды проявлений школьной дезадаптации детей и подростков с психическими расстройствами.

56. Определение, распространенность и симптомы СДВГ (синдром дефицита внимания с гиперактивностью).

57. Характеристика нарушения внимания, гиперактивности и импульсивности у детей с СДВГ. Диагностические критерии СДВГ.

58. Клинические особенности юношеских депрессий. Типы юношеских депрессий.

59. Эндогенный депрессивный синдром в юношеском возрасте.

60. Нервная анорексия у детей и подростков, определение, особенности психики у больных, причины и этапы течения, типы.

61. Особенности суицидального поведения детей и подростков. Понятие «суицидальной» и «дисфункциональной» семьи.

62. Расстройства аутистического спектра, определение, причины возникновения, общие признаки, классификация расстройств аутистического спектра.

63. Синдромы Каннера и Аспергера, характеристика. Классификация аутизма по О.С. Никольской.

64. Шизофрения, определение и признаки. Классификация шизофрении по клиническим вариантам и течению.

65. Характеристика юношеской приступообразной и непрерывнотекущей шизофрении, атипичные пубертатные шизофренические приступы.

66. Патопсихологический шизофренический синдром в юношеском возрасте.

67. Эпилепсия, определение, этиологические факторы. Классификация эпилепсии и эпилептических припадков.

68. Основные формы эпилепсии в детском и юношеском возрасте.

69. Изменения личности и интеллекта у больных эпилепсией

70. Патопсихологический эндогенно-органический синдром.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование в учебном процессе подготовки студентов бакалавриата направления подготовки 44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование учебного пособия «Психопатология и патопсихология» направлено на формирование комплексной системы знаний о феноменологии психических расстройств, методах их патопсихологической диагностики.

В пособии изложен основной теоретический материал к изучаемым в курсе темам.

Раскрыты предмет, задачи, методологический аппарат психопатологии и патопсихологии. Описана феноменология психических расстройств: симптомы и синдромы нарушений перцептивной, мнестической деятельности, мышления, интеллекта, эмоций, эффекторно-волевой сферы, сознания; патопсихологические методы их диагностики. С современных позиций охарактеризованы распространённые психические расстройства, особое внимание уделено особенностям проявлений и течения этих расстройств в детском и подростковом возрасте. Описаны возраст-специфические расстройства детско-подросткового периода развития. Подробно изложены патопсихологические характеристики психических нозологий.

Вопросы для самоконтроля в конце каждой темы позволяют студенту проверить качество освоения теоретического материала.

Рекомендуемая литература содержит информацию по содержанию дисциплины и при достаточно основательной работе с данной литературой обеспечивает освоение каждой из поднятых в издании тем на уровне необходимом специальному психологу и логопеду.

Издание содержит вопросы к экзамену.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акопов, Г. В. Психология и психопатология сознания : учебное пособие / Г. В. Акопов, Г. Н. Носачев. – Самара : СГСПУ, 2019. – 167 с.

2. Алехин, А. Н. Элементы психопатологии для педагогов и психологов : учебное пособие / А. Н. Алехин. – СПб : РГПУ им. А. И. Герцена, 2012. – 123 с.

3. Андрущенко, Н. В. Психопатология в детском возрасте : учебно-методическое пособие / Н. В. Андрущенко. – СПб : СПбГУ, 2016. – 213 с.

4. Аршинова, Е. В. Основы патопсихологии : учебное пособие / Е. В. Аршинова, Е. В. Янко. – Кемерово : КемГУ, 2014. – 188 с.

4. Багаев, В. И. Общая психопатология : учебное пособие / В. И. Багаев, М. В. Злоказова, Е. А. Мальцева. – Киров : Кировский ГМУ, 2014. – 138 с.

5. Беляева, С. И. Общая психопатология и патопсихологическая диагностика : учебно-методическое пособие / С. И. Беляева, Е. Н. Давтян, Э. А. Неберекутина. – СПб : РГПУ им. А. И. Герцена, 2022. – 152 с.

6. Введение в медицинскую психологию и психологию личности : учебно-методическое пособие / М. А. Соляник, Ю. И. Поляков, Г. Ю. Полякова [и др.]. – СПб : СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2022. – 96 с.

7. Воропаева, С. В. Основы общей психопатологии : учебное пособие / С. В. Воропаева. – М. : Прометей, 2012. – 160 с.

8. Детская патопсихология : хрестоматия / составитель Н. Л. Белополюская. – 4-е, изд. – М. : Когито-центр, 2010. – 351 с.

9. Ермакова, Е. С. Практикум по клинической и специальной психологии : учебное пособие / Е. С. Ермакова. – СПб : ПГУПС, 2017. – 51 с.

9. Илларионова, И. В. Клиническая психология : учебно-методическое пособие / И. В. Илларионова. – Чебоксары : ЧГПУ им. И. Я. Яковлева, 2022. – 48 с.

10. Исаев, Д. Н. Психиатрия детского возраста психопатология развития : учебник / Д. Н. Исаев. – СПб : СпецЛит, 2013. – 481 с.

11. Ковалев, Ю. В. Психопатология воли : учебное пособие / Ю. В. Ковалев. – М. : Проспект, 2022. – 192 с.
12. Куропаткина, Н. А. Основы клинической психологии детей и подростков (курс лекций) : учебное пособие / Н. А. Куропаткина. – Волгоград : ВГАФК, 2017. – 100 с.
13. Ложкина, Л. И. Общая психология и психопатология : учебное пособие / Л. И. Ложкина, К. В. Шельгин. – Архангельск : СГМУ, 2016. – 126 с.
14. Малкова, Е. Е. Практикум по детской клинической психологии : учебное пособие / Е. Е. Малкова. – СПб : РГПУ им. А. И. Герцена, 2012. – 71 с.
15. Общая психопатология : учебное пособие / С. В. Гречаный, А. Б. Ильичев, В. В. Поздняк [и др.]. – СПб : СПбГПМУ, 2020. – 76 с.
16. Общая психопатология : учебное пособие / Ю. У. Арапиев, Н. А. Афанасьева, М. А. Березовская [и др.]. – Красноярск : КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, 2018. – 87 с.
17. Патопсихология : учебно-методическое пособие / составители Е. М. Иванова [и др.]. – М. : РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2022. – 76 с.
18. Попова, Р. Р. Детская клиническая психология : учебное пособие / Р. Р. Попова. – Казань : КФУ, 2015. – 216 с.
19. Психодиагностика когнитивных процессов и интеллектуальной сферы : учебно-методическое пособие / составители В. А. Дубанова [и др.]. – Улан-Удэ : БГУ, 2023. – 74 с.
20. Фархутдинова, Л. В. Психопатология с основами психиатрии : учебное пособие / Л. В. Фархутдинова. – Уфа : БГПУ имени М. Акмуллы, 2020. – 264 с.

Учебное издание

СУВОРОВА-ГРИГОРОВИЧ Анна Александровна

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ПАТОПСИХОЛОГИЯ

Учебное пособие

В авторской редакции

**Редактор – Суворова-Григорович А. А.
Дизайн обложки – Суворова-Григорович А. А.
Корректор – Суворова-Григорович А. А.
Верстка – Суворова-Григорович А. А.**

Подписано к печати 07.03.2024. Бумага офсетная.
Гарнитура Times New Roman.
Печать ризографическая. Формат 60×84/16. Усл. печ. л. 11,74.
Тираж 100 экз. Заказ № 15.

Издатель
ФГБОУ ВО «ЛГПУ»
«Книга»
ул. Оборонная, 2, г. Луганск, ЛНР, 291011. Т/ф: +7857258030
e-mail: knitaizd@mail.ru