

**УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. П.М. МАШЕРОВА»**

БИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

кафедра анатомии и физиологии

Е.П. Боброва

**ЭЛЕКТРОННЫЙ
УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
«ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ»**

для специальности 1-86 01 01-01
1-03 03 08-04 - «Олигофренопедагогика. Соц. Педагогика»

для специальности 1-86 01 01-02
1-86 01 01-01 - «Социальная работа (СПД)»

Витебск 2012

Составитель: **Е.П. Боброва**, ст. преподаватель кафедры анатомии и физиологии человека
УО «ВГУ им. П.М. Машерова»

Рецензенты: **Г.А. Захарова**, к.б.н., доцент кафедры анатомии и физиологии человека УО «ВГУ
им. П.М. Машерова»

Курс «Детская психиатрия» освещает основные проблемы общей и частной психопатологии детского и подросткового возраста. Знакомит студентов со спецификой проявления отдельных симптомов, синдромов и наиболее распространенных расстройств, их этиологии, патогенезом, диагностикой, профилактикой и терапией.

**Карта электронного учебно-методического комплекса
«Детская психиатрия»**

Содержание учебно-методического комплекса	Стр.
1. Организационно-методический раздел:.....	4
1.1. Цели и задачи дисциплины.....	4
1.2. Требования к уровню освоения содержания курса.....	4
1.3. Перечень дисциплин с указанием разделов, усвоение которых необходимо для изучения курса «Детская психиатрия».....	5
2. Содержание разделов и тем учебной дисциплины.....	5-14
2.1. Базовая учебная программа курса.....	5-9
2.2. Учебная программа курса.....	10-14
2.2.1. Объем дисциплины и виды учебной работы ДО.....	10-12
2.2.2. Объем дисциплины и виды учебной работы ЗО.....	12-14
3. Теоретический раздел электронного учебно-методического комплекса «Детская психиатрия».....	14-139
4. Практический раздел электронного учебно-методического комплекса «Детская психиатрия».....	140-146
4.1. Практические занятия.....	140-144
4.2. Вопросы к зачету.....	145-146
4.3. Темы самостоятельной работы.....	146
5. Материально-техническое обеспечение дисциплины.....	147
6. Учебно-методическое обеспечение дисциплины.....	147-148

1. Организационно-методический раздел

1.1. Цели и задачи дисциплины:

Цель курса - ознакомление студентов с основными психопатологическими симптомами и синдромами, признаками психических и поведенческих расстройств, правилами оказания неотложной психиатрической помощи, необходимыми в практической деятельности.

Задачи курса:

- научение студентов распознаванию симптомов и синдромов психических нарушений у детей и подростков;
- формирование представлений об этиологии, патогенезе, клиническом течении и дифференциации психических расстройств у детей и подростков;
- обучение методам психогигиены и психопрофилактики;
- изучение современных методов психиатрического обследования;
- усвоение способов оказания неотложной психиатрической помощи;
- ознакомление с современными методами лечения психических нарушений;
- формирование навыков применения полученных знаний в практической работе.

По окончании изучения курса студенты *должны знать*:

- симптомы и синдромы нарушения ощущений и восприятий;
- клинические проявления расстройств памяти, мышления, внимания, инстинктов и влечений, двигательных-волевых нарушений, эмоций, речи, интеллекта и сознания;
- методы обследования, применяемые в психопатологии на современном этапе;
- этиологию, клинические формы и современные методы лечения шизофрении у детей и подростков;
- формы аффективных расстройств настроения и меры предупреждения суицидальных поступков во время депрессии;
- клинику эпилепсии и её особенности у детей и подростков;
- особенности различных клинических форм олигофрении у детей, особенности различных степеней олигофрении и степени её тяжести;
- признаки острых и подострых реактивных состояний, их особенности у детей;
- основные формы психопатий и акцентуации личности;
- клинические проявления и исходы неврозов, особенности неврозов у детей и подростков;
- психические нарушения при соматических и инфекционных заболеваниях, черепно-мозговых травмах;
- особенности психических расстройств при алкоголизме, наркомании, токсикомании;
- методы психогигиены и психопрофилактики;
- принципы оказания психиатрической помощи;
- виды психотерапевтической помощи.
- способы и этапы реабилитации в психиатрии.

1.2. Требования к уровню освоения содержания курса

Студенты должны *уметь*:

- отличить психическую норму от патологии;
- своевременно распознать начало психических заболеваний;
- адекватно оценить степень социальной опасности больных;
- оказать доврачебную помощь при неотложных состояниях: эпилептический статус, психомоторное возбуждение, острое психотическое состояние;

- консультировать близких и родных семье психически больного о тактике поведения и общения с ним.

Программой предусмотрены лекции, практические занятия в специально оборудованных аудиториях, кабинетах и лабораториях. Она рассчитана на 28 аудиторных часов, из которых 20 часов отводятся на лекционные занятия, 8 часов - на практические занятия. Объем и содержание занятий определяется учебным планом.

Изучение курса завершается зачетом, на который выносятся наиболее значимые вопросы. К зачету допускаются студенты, полностью выполнившие требования учебной программы.

1.3. Перечень дисциплин с указанием разделов (тем), усвоение которых студентами необходимо для изучения дисциплины

№ п/п	Наименование дисциплины	Раздел, тема
1	Анатомия человека	Анатомия нервной системы
2	Физиология человека	Физиология нервной системы
3	Гистология человека	Гистология нервной системы
4	Биохимия	Обмен веществ. Гормоны. Ферменты.
5	Генетика	Механизмы наследования
6	Философия	Основные понятия. Диалектика.

2. Содержание разделов и тем учебной дисциплины

2.1. Базовая программа курса

СОДЕРЖАНИЕ КУРСА:

1. Учебная программа по предмету «Детская психиатрия» включает следующие основные разделы: введение в психопатологию, общая психопатология, частная психопатология. Последний раздел посвящен анализу отдельных заболеваний и патологических состояний. Учитывая задачи, стоящие перед практическими психологами, особое значение придается изучению симптоматики и клинических проявлений психических расстройств у детей и подростков.

Предлагаемый курс преподносится студентам в сравнительно возрастном аспекте. На лекциях акцентируется внимание на особенностях психопатологических нарушений у детей и подростков в зависимости от зрелости психических процессов и уровней нервно-психического реагирования причинах возникновения, формах проявления и вариантах течения психические заболеваний, различиях между болезнью и состоянием. Практические занятия подробно знакомят студентов с клиническими аспектами психопатологии детского возраста, симптомами и синдромами психические расстройств в детском возрасте.

Раздел 1. ВВЕДЕНИЕ В ПСИХИАТРИЮ

Тема №1. Предмет, задачи и методы психиатрии. Важнейшие этапы развития психиатрии.

Определение психопатологии как науки, ее цели и задачи. Объект исследования, предмет и методология психопатологии. Важнейшие этапы развития мировой и отечественной психиатрии. Развитие детской психиатрии в Беларуси. Связи психопатологии с другими медико-биологическими науками: дефектологией, психологией, физиологией, неврологией, генетикой и др.

Тема №2. Психическое здоровье. Психическая болезнь. Психиатрическая помощь.

Понятия психического здоровья, психической болезни, патологического состояния и дефекта. Распространенность и основные причины психических расстройств: биологические (генетические,

врожденные, травматические, токсические, инфекционные) и социальные (психотравматические, депривация и др.). Психотический и невротический уровни поражения психики. Значение возрастного фактора и типа ВНД в этиопатогенезе психических расстройств. Компенсаторные возможности детского организма.

Течение и исходы психических расстройств. Синдромологическое и клинко-нозологическое направления классификации психических заболеваний. Международная классификация болезней (МКБ-10, 1994 г.).

Основные принципы организации психиатрической помощи. Виды психиатрической помощи: неотложная, стационарная, внебольничная, телефон доверия. Реабилитация психически больных: принципы и основные этапы. Учреждения реабилитации. Организация психиатрической помощи детям и подросткам. Взаимодействие учреждений здравоохранения, образования и социальной службы в осуществлении помощи психически больным.

Тема №3. Психогигиена и психопрофилактика.

Психогигиена и психопрофилактика. Понятие первичной, вторичной и третичной психопрофилактики. Вопросы психопрофилактики в детском и подростковом возрасте. Повышение риска психических расстройств в позднем возрасте. Роль медико-генетических, семейных, психологических консультаций и кабинетов социальной помощи в системе профилактики психических заболеваний, расстройств и декомпенсаций психического здоровья.

Раздел 2. ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

Тема №4. Нарушения ощущений и восприятия

Расстройства ощущений: гипер-, гипо- и анестезии, парестезии, сене-стопатии. Расстройства восприятия. Иллюзии: физиологические, физические, психические. Иллюзорные расстройства. Галлюцинации: простые и сложные; зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые и тактильные. Рефлекторные галлюцинации. Истинные галлюцинации и псевдогаллюцинации. Галлюцинаторный синдром.

Психосенсорные расстройства: деперсонализация, симптом двойника, дереализация. Особенности психосенсорных расстройств у детей.

Особенности нарушения ощущений и восприятия у взрослых и детей при нейроинфекциях, соматических заболеваниях и психических расстройствах.

Тема №5. Расстройства памяти

Патофизиологические механизмы расстройств памяти. Виды расстройств памяти. Количественные нарушения памяти: амнезия, гипомнезия, гипермнезия. Отличительные признаки амнезий: полная и частичная; прогрессирующая, ретроградная, антеградная, фиксационная. Качественные расстройства памяти (парамнезии): псевдореминисценции, конфабуляции, крип-томнезии. Характеристика расстройства памяти при различных заболеваниях. Особенности данной патологии у детей.

Тема №6. Расстройства мышления

Нарушения ассоциативных процессов. Нарушения течения мыслительного процесса: ускоренное, замедленное, обстоятельное, разорванное мышление. Резонерство. Символическое мышление. Ментизмы. Аутизм. Персеверация. Формальное и паралогическое мышление.

Бредовые идеи: систематизированные и отрывочные. Разновидности отрывочных бредовых идей: бред отношения, бред преследования, бред физического воздействия, бред гипнотического воздействия, ипохондрический бред, нигилистический бред, бред самообвинения, бред материального ущерба, бред величия, бред ревности. Особенности бреда при различных заболеваниях. Эквиваленты бреда у детей.

Бредовые синдромы: паранойяльный, параноидный, парафренный. Синдром психического автоматизма (Кандинского-Клерамбо). Сверхценные и доминирующие идеи. Навязчивые состояния: мании, фобии. Отличительные признаки и динамика развития.

Критерии социальной опасности больных бредовыми идеями и синдромом психического автоматизма.

Методики исследования уровня и течения мыслительных процессов.

Тема №7. Расстройства внимания

Расстройства внимания у детей: отвлекаемость, истощаемость, застреваемость. Особенности расстройства внимания при различных заболеваниях. Гиперпрозексия. Апрозексия. Затруднение переключения внимания. Односторонняя прикованность. Притупление внимания.

Методики исследования внимания.

Тема №8. Расстройства инстинктов и влечений

Двигательно-волевые нарушения. Нарушения волевых функций: ги-пербулия, гипобулия, абулия, парабулии.

Синдромы двигательного волевого нарушения. Кататонический синдром и его варианты: кататоническое возбуждение, кататонический ступор. Апатико-абулический синдром. Навязчивые движения и влечения. Особенности двигательного волевого нарушения при различных заболеваниях.

Психомоторное возбуждение: маниакальное, кататоническое, эпилептиформное.

Нарушения инстинктов: самосохранения, пищевого, полового.

Патологические влечения: пиромания, дромомания, клептомания, арифмомания, ономотомания.

Особенности расстройств инстинктов и влечений у детей.

Тема №9. Расстройства эмоций

Нарушения эмоционального состояния: эйфория, депрессия, дисфория, эмоциональная тупость, эмоциональная лабильность, физиологический и патологический аффекты, апатия, слабодушие, тревоги и страхи, неадекватность, амбивалентность. Навязчивые страхи (фобии). Характерные особенности эмоциональных расстройств у детей при различных заболеваниях.

Тема №10. Расстройства речи

Афазия, дизартрия, смазанная речь, заикание, алалия, мутизм, разорванность, эхолалия. Дизграфия и дизлексия у детей.

Тема №11. Расстройства интеллекта

Умственная отсталость: врожденная (олигофрения) и приобретенная (деменция). Степени умственной отсталости: умеренная (дебильность), выраженная (имбецильность) и глубокая (идиотия). Виды деменции, её особенности при разных заболеваниях.

Психометрические методы исследования интеллекта.

Тема №12. Расстройства сознания

Диагностические критерии нарушенного сознания.

Синдром оглушенного сознания: обнубиляция, сомнолентность, сопор, кома.

Синдром помраченного сознания: делирий, онейроид, аменция.

Сумеречное расстройство сознания: транс, фуга, сомнабулизм. Сумеречные нарушения сознания с другими психическими расстройствами (галлюцинациями, бредом, автоматизмами). Особенности расстройства сознания у детей.

Раздел 3. ЧАСТНАЯ ПСИХИАТРИЯ

При изучении отдельных психических заболеваний детально освещаются основные аспекты темы: определение, распространённость, этиология и патогенез, клинические формы, дифференциально-диагностические критерии, особенности у детей и подростков, реабилитация, профилактика и предупреждение социально-опасных действий.

Тема №13. Шизофрения

Определение понятия. Распространённость патологии, этиология и патогенез. Основные проявления шизофренического процесса: расщепление психической деятельности, эмоционально-волевое оскудение личности, прогрессивность течения. Различные варианты начала заболевания: острое, подострое и постепенное. Основные клинические формы: простая, параноидная, кататоническая, гебефреническая, циркулярная. Типы течения: непре-рывнотекущая, приступообразно-прогрессивная, приступообразно-прогрессивная, периодическая. Диагностические критерии. Особенности шизофрении у детей и подростков. Прогнозирование исходов.

Современные методы лечения шизофрении: биологические методы, электросудорожная терапия, психофармакотерапия, психотерапия, трудотерапия, социальная реабилитация, культуротерапия. Мероприятия профилактики и предупреждение социально-опасных действий больных.

Тема №14. Маниакально-депрессивный психоз (циклофрения)

Монополярные и биполярные формы аффективных расстройств. Циклотимия.

Маниакально-депрессивный психоз (циклофрения). Депрессивная и маниакальная фазы заболевания. Другие аффективные нарушения. Типы течения: альтернирующее, двухфазное, периодическое. Этиология, патогенез клиника болезни. Особенности циклофрении у детей и подростков.

Лечение маниакально-депрессивного психоза. Значение своевременного распознавания и предупреждения суицидальных поступков во время депрессии. Профилактическое лечение.

Тема №15. Эпилепсия

Понятие «эпилепсия» и ее формы: идиопатическая, симптоматическая. Распространенность, этиология и патогенез. Клинические проявления эпилепсии: большой эпилептический припадок, малые припадки и абсанс дисфория, сумеречные расстройства сознания. Основные разновидности сумеречного расстройства сознания: эпилептический делирий, эпилептический параноид, эпилептический онейроид, эпилептический ступор, особое состояние, трансамбулаторный автоматизм, сомнамбулизм. Особенности эпилепсии у детей и подростков.

Изменение личности и интеллектуальные нарушения у больных эпилепсией.

Диагностика эпилепсии. Первая помощь при судорожном приступе. Современные методы лечения больных эпилепсией.

Тема №16. Симптоматические психозы и психические нарушения при соматических и инфекционных заболеваниях

Экзогенный тип психической реакции. Основные клинические проявления, течение и исходы экзогенных психозов. Острые симптоматические психозы. Протрагированные (затяжные) соматогенные психозы. Психоорганический синдром.

Инфекционные интоксикационные психозы. Характеристика психических нарушений при гриппе, кори, малярии, сыпном тифе и туберкулезе легких. Особенности инфекционных интоксикационных психозов у детей.

Психические расстройства при сифилитическом поражении головного мозга. Ранние и поздние формы сифилитического поражения: сифилис (нейролюис), прогрессивный паралич. Врожденный сифилис мозга. Психопатологические, неврологические и соматические симптомы. Лечение, профилактика.

Психические нарушения при внутримозговых инфекциях. Проявления психических нарушений при энцефалитах, менингоэнцефалитах, нейрорев-матизме, токсоплазмозе и СПИДе.

Психические нарушения при радиационном воздействии (острая и хроническая лучевая болезнь). Психические последствия аварии на ЧАЭС.

Интоксикационные психозы. Характерные психические нарушения при отравлениях окисью углерода, барбитуратами, атропином, кортикостероид-ными гормонами, тетраэтилсвинцом и др.

Тема №17. Олигофрения (умственная отсталость)

Степени умственной отсталости: лёгкая (дебильность); умеренная (им-бецильность) и тяжёлая (идиотия). Клинические проявления олигофрении.

Классификация олигофрении по этиологическому признаку.

Олигофрении, вызванные наследственными факторами. Генная олигофрения: истинная микроцефалия; энзимопатические формы с нарушением белкового, углеводного, липидного и других видов обмена (фенилкетонурия, галактоземия, синдром Марфана и др.). Олигофрении, обусловленные хромосомными aberrациями (болезнь Дауна, синдром Кляйнфельтера, синдром Шерешевского-Тернера и др.) и мутагенным повреждением генеративных клеток родителей (ионизирующая радиация, химические агенты и др.). Умственная отсталость на фоне гипотиреоза (кретинизм).

Олигофрении, вызванные внутриутробным поражением зародыша и плода (эмбрио- и фетопатии) при резус-конflikте, алкоголизме родителей, краснухе, врожденном сифилисе, вирусных инфекциях матери, токсоплазмозе и других инфекционных заболеваниях.

Олигофрении, обусловленные вредными факторами перинатального периода и первых 3-х лет жизни (асфиксия новорожденного, родовая травма, тяжёлые инфекциями и черепно-мозговые травмы в раннем детстве).

Лечение и профилактика олигофрении, реабилитация и социальная адаптация. Психологические методы исследования.

Тема №18. Психические расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (хронический алкоголизм, наркомании, токсикомании)

Хронический алкоголизм. Стадии: неврастеническая, наркоманическая и энцефалопатическая. Отличие от бытового пьянства. Формы алкоголизма. Алкогольные (металкогольные) психозы: белая горячка, атипичные варианты (мусситирующий и профессиональный делирии), алкогольный галлюциноз, алкогольный параноид. Особенности алкоголизма у подростков. Методы экстренного отрезвления и купирования абстинентного синдрома.

Наркомании. Клинические особенности морфинной, опийной, эфедроновой и кокаиновой наркомании.

Токсикомании, связанные с привыканием к средствам бытовой химии и некоторым лекарственным препаратам.

Методы антиалкогольной и антинаркоманической пропаганды.

Тема №19. Реактивные состояния

Психогенные заболевания: реактивные психозы и неврозы. Этиология и патогенез.

Психозы. Аффективно-шоковые (острые) реакции: гипокINETическая и гиперкинетическая формы. Патологический аффект. Подострые реактивные состояния: реактивная депрессия, реактивный параноид, галлюциноз. Реактивно-истерические психозы: псевдодеменция, пуэрилизм. Затяжные реактивные психозы с переходом в постреактивное патологическое развитие личности: синдром регресса психики, истерический ступор.

Особенности реактивных состояний у детей.

Неврозы: неврастения, истерический невроз, невроз навязчивых состояний. Клинические проявления и исходы. Особенности неврозов у детей и подростков. Патохарактерологические реакции у детей и подростков. Психологические методы исследования.

Комплексное лечение психогенных заболеваний, Психотерапия: индивидуальная, групповая, рациональная. Аутогенная тренировка. Медикаментозная терапия: психотропные средства. Физиотерапевтическое лечение. Вопросы реабилитации.

Тема №20. Психопатии. Расстройства личности и поведения

Основные клинические формы психопатий: астеническая, психастеническая, гипотимная, гипертимная, паранойяльная, шизоидная, истерическая, психастеническая, аффективно-возбудимая (импульсивная), сексуальная. Динамика психопатий. Представление о лечении.

Понятие об акцентуации личности (характера). Варианты акцентуированных черт личности: демонстративные, педантичные, застревающие, возбудимые, гипертимические, дистимические, аффективно-лабильные, экстра-вертированные, интровертированные. Методики исследования личностных особенностей.

2.2. Учебная программа курса

2.2.1. Объем дисциплины и виды учебной работы ДО

Вид учебной работы	Всего часов	семестр
Всего часов по дисциплине	54	VIII
Количество аудиторных часов	28	
Лекции	20	
Практические	8	
Лабораторные	-	
Самостоятельная работа		
Курсовая работа/рефераты	-	
Вид итогового контроля		Зачет VIII семестр

Содержание учебного материала ДО

Наименование тем, их содержание, объем в часах лекционных занятий

№ п/п	Наименование тем	Содержание	Объем в часах
1	Введение в психиатрию	Введение в психиатрию. Разделы психиатрии. Взаимосвязь психиатрии с другими науками. История развития детской психиатрии. История развития детской психиатрии в Беларуси. Основные методы исследования, используемые в детской и подростковой психиатрии. Этапы психофизиологического развития. Биологические и биографические кризисы.	2
2	Семиотика психических и поведенческих расстройств у детей и подростков	Психомоторные расстройства. Расстройства ощущений и восприятий. Аффективные расстройства. Расстройства мышления. Расстройства памяти. Нарушения интеллекта. Расстройства сознания. Другие синдромы, характерные для детского возраста. Психопатологические синдромы, типичные для подросткового возраста.	2
3	Специфические расстройства развития речи и школьных навыков	Современные представления о речевых расстройствах. Нарушения звукопроизносительной стороны речи. Недоразвитие и временная задержка развития речи. Расстройства речи вследствие глухоты и тугоухости. Заикание. Специфические расстройства развития школьных навыков (чтения, спеллингования). Реабилитационная работа с детьми, страдающими речевой патологией. Специфическое расстройство счета.	2
4	Аффективные расстройства (расстройства настроения) у детей и подростков	Маниакальное расстройство (маниакальный эпизод). Депрессивные состояния на первом году жизни. Депрессивные состояния в дошкольном возрасте. Депрессивные состояния в начальной школе. Депрессии у подростков.	2
5	Поведенческие расстройства, начинающиеся в	Гиперкинетические расстройства. Расстройства поведения. Расстройства социального функционирования с началом, специфичным для	2

	детском и подростковом возрасте	детского и подросткового возраста. Тикозные расстройства. Неорганический энурез. Неорганический энкопрез. Патологические привычные действия. Расстройства приема пищи, нарушения пищевого поведения.	
6	Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства у детей и подростков	Тревожные расстройства. Паническое расстройство у детей. Агорафобия. Генерализованные тревожные расстройства. Страх разлуки. Школьная фобия. Обсессивно-компульсивное расстройство (навязчивости) у детей и подростков. Диссоциативные (конверсионные) расстройства. Стрессовые расстройства и нарушения адаптации у детей и подростков. Переживание утраты в детском возрасте (реакция горя). Соматоформные расстройства.	2
7	Нарушения формирования личности и поведения в подростковом возрасте	Реакция группирования со сверстниками. Реакция имитации. Реакция эмансипации. Реакция протеста. Реакция отказа. Реакции компенсации и гиперкомпенсации. Психопатологический тип девиантного (отклоняющегося от нормы) поведения. Акцентуации характера. Истерическое расстройство личности. Формирование шизоидного типа личности. Эпилептоидное формирование личности. Суицидальное поведение и принципы кризисной психотерапии.	2
8	Умственная отсталость	Современные представления об этиологии и патогенезе, систематике умственной отсталости. Клиническая картина умственной отсталости. Некоторые дифференцированные формы умственной отсталости. Экзогенно обусловленные формы умственной отсталости. Задержанное психическое развитие (ЗПР). Принципы лечения и профилактики умственной отсталости.	2
9	Эпилепсия у детей и подростков	Клиника эпилептических припадков. Клиника психических нарушений при эпилепсии. Этиология и патогенез. Дифференциальный диагноз.	2
10	Шизофрения	История изучения. Симптоматика. Формы. Типы течения. Этиология и патогенез. Методы лечения. Реабилитация.	2

2.2. Практические и семинарские занятия, их содержание и объем в часах

№ п/п	Практические и семинарские занятия	Содержание	Объем в часах
1	Семиотика психических и поведенческих расстройств у детей и подростков	Психомоторные расстройства. Расстройства ощущений и восприятий. Аффективные расстройства. Расстройства мышления. Расстройства памяти. Нарушения	2

		интеллекта. Расстройства сознания. Другие синдромы, характерные для детского возраста. Психопатологические синдромы, типичные для подросткового возраста.	
2	Специфические расстройства развития речи и школьных навыков	Современные представления о речевых расстройствах. Нарушения звукопроизводительной стороны речи. Недоразвитие и временная задержка развития речи. Расстройства речи вследствие глухоты и тугоухости. Заикание. Специфические расстройства развития школьных навыков (чтения, спеллингования). Реабилитационная работа с детьми, страдающими речевой патологией. Специфическое расстройство счета.	2
3	Аффективные расстройства (расстройства настроения) у детей и подростков Поведенческие расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте	Маниакальное расстройство (маниакальный эпизод). Депрессивные состояния на первом году жизни. Депрессивные состояния в дошкольном возрасте. Депрессивные состояния в начальной школе. Депрессии у подростков. Гиперкинетические расстройства. Расстройства поведения. Расстройства социального функционирования с началом, специфичным для детского и подросткового возраста. Тикозные расстройства. Неорганический энурез. Неорганический энкопрез. Патологические привычные действия. Расстройства приема пищи, нарушения пищевого поведения.	2
4	Шизофрения	История изучения. Симптоматика. Формы. Типы течения. Этиология и патогенез. Методы лечения. Реабилитация.	2

2.2.2 Объем дисциплины и виды учебной работы, 30

Вид учебной работы	Всего часов	семестр
Всего часов по дисциплине	54	VIII
Количество аудиторных часов	12	
Лекции	8	
Практические	4	
Лабораторные	-	
Самостоятельная работа		
Курсовая работа/рефераты		
Вид итогового контроля		Зачет VIII семестр

Содержание учебного материала 30
Наименование тем, их содержание, объем в часах лекционных занятий

№ п/п	Наименование тем	Содержание	Объем в часах
1	Введение в психиатрию	Введение в психиатрию. Разделы психиатрии. Взаимосвязь психиатрии с другими науками. История развития детской психиатрии. История развития детской психиатрии в Беларуси. Основные методы исследования, используемые в детской и подростковой психиатрии. Этапы психофизиологического развития. Биологические и биографические кризы.	2
2	Семиотика психических и поведенческих расстройств у детей и подростков	Психомоторные расстройства. Расстройства ощущений и восприятий. Аффективные расстройства. Расстройства мышления. Расстройства памяти. Нарушения интеллекта. Расстройства сознания. Другие синдромы, характерные для детского возраста. Психопатологические синдромы, типичные для подросткового возраста.	2
3	Специфические расстройства развития речи и школьных навыков	Современные представления о речевых расстройствах. Нарушения звукопроизводительной стороны речи. Недоразвитие и временная задержка развития речи. Расстройства речи вследствие глухоты и тугоухости. Заикание. Специфические расстройства развития школьных навыков (чтения, спеллингования). Реабилитационная работа с детьми, страдающими речевой патологией. Специфическое расстройство счета.	2
4	Аффективные расстройства (расстройства настроения) у детей и подростков	Маниакальное расстройство (маниакальный эпизод). Депрессивные состояния на первом году жизни. Депрессивные состояния в дошкольном возрасте. Депрессивные состояния в начальной школе. Депрессии у подростков.	2

Практические и семинарские занятия, их содержание и объем в часах

№ п/п	Практические и семинарские занятия	Содержание	Объем в часах
1	Семиотика психических и поведенческих расстройств у детей и подростков	Психомоторные расстройства. Расстройства ощущений и восприятий. Аффективные расстройства. Расстройства мышления. Расстройства памяти. Нарушения интеллекта. Расстройства сознания. Другие синдромы, характерные для детского	2

		возраста. Психопатологические синдромы, типичные для подросткового возраста.	
2	Специфические расстройства развития речи и школьных навыков	Современные представления о речевых расстройствах. Нарушения звукопроизносительной стороны речи. Недоразвитие и временная задержка развития речи. Расстройства речи вследствие глухоты и тугоухости. Заикание. Специфические расстройства развития школьных навыков (чтения, спеллингования). Реабилитационная работа с детьми, страдающими речевой патологией. Специфическое расстройство счета.	2

3. Теоретический раздел электронного учебно-методического комплекса «Детская психиатрия»

ЛЕКЦИЯ № 1

Введение в психиатрию

Психиатрия (от гр. *psyche* — душа, *iatreia* — лечение) представляет собой самостоятельную науку, изучающую вопросы клиники, этиологии, патогенеза, лечения и профилактики психических заболеваний. Как и другие клинические дисциплины, она подразделяется на общую психопатологию и частную. В задачу первой входит описание отдельных признаков (симптомов), механизмов их возникновения и развития психических нарушений. Частная психиатрия рассматривает клиническую характеристику, особенности течения, дифференциальную диагностику, механизмы возникновения, лечение и профилактику отдельных нозологических форм психических расстройств.

Общая психиатрия изучает общие закономерности формирования симптомов, синдромов психических расстройств, их динамику и лежащие в их основе патогенетические механизмы. Она включает психопатологию и отчасти патопсихологию, особенно когда речь идет об оценке когнитивных нарушений. *Частная психиатрия* описывает этиологию, патогенез, клинику отдельных заболеваний, их варианты и лечение больных с соответствующими психическими расстройствами.

Основные задачи психиатрии заключаются в определении объективных закономерностей нарушений психической деятельности, разнообразных проявлений душевной патологии, терапевтических мероприятий, прогноза и профилактики психических болезней. Психиатрия разрабатывает вопросы становления и развития отдельных психопатологических феноменов психических заболеваний в целом в связи с течением биологических процессов в организме и в частности механизмов высшей нервной деятельности. Особое внимание в психиатрии уделяется анализу возникновения и течения психических расстройств в связи с объективными условиями жизни и деятельности человека, разработке системы реабилитационных мероприятий.

В процессе исторического развития психиатрии из нее выделилось несколько более узких разделов.

В последние десятилетия широкое развитие получила *психофармакология* (изучает лекарственные вещества, влияющие на психические функции и поведение человека), *детская психиатрия* (выявляет особенности психических нарушений у детей), *психогигиена* и *психопрофилактика* (разрабатывают мероприятия по сохранению и укреплению нормальной психики человека, по предупреждению психических болезней). Сравнительно недавно выделилась *наркология*. В ее задачи входит выявление и учет больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями, проведение санитарно-гигиенических мероприятий по профилактике и лечению

этих заболеваний, а также выяснение биологических и медико-социальных причин их возникновения. Поскольку большое влияние на развитие, клинику и прогноз психических расстройств оказывает возрастной фактор, в психиатрии выделяют такие области, как *детская, подростковая психиатрия* и *геронтопсихиатрия* (психиатрия позднего возраста).

Современная психиатрия тесно связана со многими смежными науками. В первую очередь следует отметить нейрофизиологию, дающую возможность объяснять многие психопатологические явления. Выдающиеся отечественные ученые С. П. Боткин, И. М. Сеченов, В. М. Бехтерев и многие другие главную

роль в жизнедеятельности организма отводят нервной системе. Развивая известное положение И. М. Сеченова о том, что в основе психических процессов человека лежит рефлекторная деятельность, И. П. Павлов экспериментально изучил механизмы образования в коре больших полушарий временной условной связи и создал рефлекторную теорию. Согласно этой теории, в основе психических процессов лежит система условных рефлексов, возникающих под влиянием различных факторов внешней и внутренней среды организма.

Используя результаты исследований условно-рефлекторной деятельности животных применительно к человеку с учетом качественных особенностей его психики, Павлов создал учение о двух сигнальных системах. Он пришел к выводу, что наши ощущения и представления окружающего мира являются первыми сигналами действительности, а речь — вторыми, т. е. сигналами сигналов. Взаимодействия сигнальных систем определяют тип высшей нервной деятельности. И. П. Павлов выделял художественный, мыслительный и средний типы. Для человека с художественным типом характерно конкретно-синтетическое, эмоционально-образное мышление; он за каждым словом видит факты. В данном случае первая сигнальная система преобладает над второй. Для мыслительного типа нервной деятельности характерно абстрактно-аналитическое, отвлеченно-словесное мышление. При этом типе мышления доминирует вторая сигнальная система. При среднем типе, который свойствен большинству людей, обе сигнальные системы функционально уравновешены.

Из истории психиатрии

Несмотря на то что уже в V веке до н. а. Гиппократ объяснил происхождение **психических** явлений с **естественно-научных** позиции, указав, что психические болезни должен лечить врач, все же психиатрия многие столетия была оторвана от медицины. В городах Европы больных помещали в специальные убежища с решетками на окнах, в здания бывших тюрем, где они существовали в течение десятилетий под надзором отставных солдат без всякой медицинской помощи. Основным источником их жизни были доходы от посетителей, которым за небольшую плату разрешалось с целью развлечения посмотреть на больных. Возбужденных больных заковывали в цепи, надевали на них смирительные рубашки, погружали в холодную воду или обливали водой их головы. Применялись также различные вращательные механизмы, приносившие физические страдания больным. Вполне понятно, что в результате таких «лечебных» мероприятий больные быстро уставали, становились сопливыми, покорными или же впадали в состояние дикого отчаяния. Люди, попавшие в «сумасшедшие дома», пользовавшиеся, как правило, дурной славой, считались безнадежно больными. Это было недалеко от истины, так как подобные методы лечения и ухода способствовали лишь усугублению болезненного состояния.

В период Французской буржуазной революции под влиянием существовавших в то время прогрессивных взглядов парижский врач Пинель в 1793 г. отметил тюремный режим для психически больных, снял с них цепи и превратил «сумасшедшие дома» в учреждения больничного типа. Такая «система истеснения» душевнобольных совершенствовалась и распространилась в других странах западной Европы, Англии, Америки.

В этом отношении большая заслуга принадлежит англичанину Конолли, который, развивая принцип Пинеля «не презрение, а лечение», положил начало организационной терапии душевнобольных.

В России на всем протяжении истории развития психиатрии к психически больным относились более гуманно. Чаще всего их, помещали в монастыри, и монахам предписывалось относиться к ним мягко, доброжелательно.

ФОРМИРОВАНИЕ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ ЗА РУБЕЖОМ

Около двухсот лет шло накопление фактов, опыта наблюдения за детьми с психическими расстройствами, нарушениями поведения и развития. В течение последних 100 лет детская психиатрия оформилась как самостоятельная наука, а ребенка с психическими расстройствами перестали оценивать как маленького душевнобольного взрослого.

Со второй половины XVIII в. стали появляться единичные описания детей с умственной отсталостью.

Первый (эмпирический) период развития детской психиатрии (конец XVIII - начало XIX в.), основан на моралистической теории описания психозов, согласно которой в детском возрасте возможно лишь слабоумие, но не помешательство.

К. Карус в 1809 г. отрицал наличие психозов у детей, Б. Морель (1809-1872) считал, что до юношеского возраста случаи душевных болезней редки. Он предполагал, что причиной помешательства служит наследственная дегенерация, усиливающаяся от поколения к поколению.

Второй (феноменологический) период на протяжении первых двух третей XIX в. характеризовался накоплением представлений о симптомах и синдромах, описанием казуистических случаев психических заболеваний у детей.

Ж. Эскироль обратил внимание на случаи ускоренного развития детей вначале и неожиданно быстрого нарастания дефекта позже. Работы К. Кальбаума и К. Геккера посвящены описанию кататоний пубертатного и гебефрений юношеского возраста.

Х. Модели (1871) описал двигательные расстройства кататонического типа, галлюцинации воображения, бредовые идеи. К Фогт обосновал зависимость развития головного мозга от степени выраженности микроцефалии. Во второй половине XIX в. была доказана возможность возникновения психозов у детей, а в Париже было открыто детское психиатрическое отделение.

Третий (нозологический) период (с конца XIX в.) отличался активным изучением этиопатогенеза, клинической картины психических заболеваний у детей и подростков. Конец XIX в. стал значимым периодом в истории детской психиатрии. В 1867 г. Х. Модели высказал предположение о том, что возраст может играть существенную роль в развитии психических нарушений, и предложил классификацию детских психических расстройств.

Конец XIX - начало XX в. считается *началом современной детской психиатрии*, когда стали появляться руководства по психическим расстройствам детского возраста во Франции, Англии, Германии.

На протяжении XX в. детская психиатрия развивалась по пути к выходу на уровень доказательной медицины. Были созданы психологические методики для оценки психической зрелости, возможностей обучения детей. Психоаналитическое направление развития психиатрии позволило обратить внимание на психические травмы детского возраста как возможную причину психических нарушений в последующем. На рубеже XIX и XX вв. началось изучение подростковой преступности. В 20-х гг. XX в. в Америке и Англии были созданы психиатрические учреждения амбулаторного типа, где с детьми работали комплексные бригады, состоящие из психиатра, психолога и социального работника. Дж. Боулби (1907-1990) обосновал зависимость психических расстройств у детей от отношений мать-дети, факторов депривации материнской любви. Развитие науки о поведении (этологии) способствовало более активной работе с детьми по исправлению поведения. Были выделены новые клинические формы нервно-психических расстройств у детей (синдромы детского аутизма, гиперактивности, дефицита внимания и ДР-). Современные классификации психических и поведенческих расстройств по сравнению с ранее существовавшими включают все больший перечень нарушений, наблюдаемых в детском возрасте.

Настоящий период развития детской (и общей) психиатрии на протяжении последних десятилетий, как указывалось выше, характеризуется отходом от нозологического принципа как

единственного, преобладанием эклектического, прагматического подхода, что отражено в классификационных системах.

РАЗВИТИЕ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ В РОССИИ

Первые описания душевных заболеваний у детей в России появились с начала XIX в. При этом в соответствии с общемировой закономерностью преимущественно уделялось внимание умственной отсталости. Представитель психиатров московской школы Б. Крамер в 1819 г. в своем труде «О запое и лечении оного», рассчитанном как «наставление каждому», в том числе «неврачам», обратил внимание на то, что в интеллектуальном плане страдали преимущественно младшие дети в семьях алкоголиков и в молодом возрасте привыкание к алкоголю возникает быстрее. Первое учреждение для умственно отсталых и эпилептиков с лечебно-педагогическим уклоном было открыто Ф. Плацом в 1854 г. в Риге.

И.М. Балинский, основатель первой кафедры психиатрии в России (1857) при медико-хирургической академии в Петербурге, изучал олигофрению, его преемник И.П. Мержеевский начал исследование соматического происхождения психических расстройств. В 1882 г. супругами Маляревскими было открыто врачебно-воспитательное заведение для психически больных и аномальных детей.

Становление детской психиатрии как самостоятельной науки относится к началу XX в., когда в Петербурге в 1908 г. В.М. Бехтеревым был создан научно-исследовательский психоневрологический институт с детским отделением. В нем работали последователи В.М. Бехтерева, известные своими работами в области детской психиатрии (Р.Я. Голант, С.С. Мнухин и др.). С.С. Мнухин, в частности, изучал особенности психофизического дизонтогенеза и вместе со своим учеником Д.Н. Исаевым - умственной отсталости.

В Москве в 1907 г. видный психиатр В.П. Кащенко открыл школу-интернат для умственно отсталых детей. Он же проводил большую работу в отделе детской психопатологии, организованном в 1918 г. при Народном комиссариате здравоохранения. В 1911 г. в Москве был создан институт детской психологии и неврологии, учредителем, которого был Г.И. Россолимо, разработавший «психологический профиль» ребенка.

Одним из основоположников дефектологии был А.С. Грибоедов, эпидемиологического метода исследования психических заболеваний у детей и подростков - Е.А. Осипова. По ее инициативе были созданы психоневрологические кабинеты при общих поликлиниках, специализированные детские сады и дома ребенка.

Учреждения внебольничной помощи для детей и подростков (преимущественно психоневрологические диспансеры) курировали три ведомства: здравоохранения, образования и социальной помощи. Особенно интенсивно научные исследования в области детской психиатрии в России стали развиваться с конца 20-х - начала 30-х гг. XX в.

Большой вклад в изучение возрастных особенностей, клинической картины, диагностики, лечения шизофрении у детей и подростков внесли Г.Е. Сухарева, Т.П. Сим-сон, М.Ш. Вроно, В.Н. Мамцева, В.М. Башина, А.Е. Личко, в изучение особенностей аффективных расстройств у детей включая психотический уровень - С.С. Мнухин, Н.М. Иовчук, О.Д. Сосюкало и др.

Возрастные особенности детской эпилепсии, вопросы этиологии и патогенеза, лечения особенно плодотворно изучались в 1960-1980 гг. XX в. (С.С. Мнухин, А.М. Коровин, Г.Г. Шанько и др.).

Начатые П.Б. Ганнушкиным и О.В. Кербиковым исследования расстройств поведения, нарушений формирования характера, особенностей неврозов у детей и подростков были продолжены их учениками и последователями (В.В. Ковалев, Г.Е. Ушаков, Н.Д. Лакосина, М.В. Коркина, А.Е. Личко, В.Т. Кондратенко и др.).

Г.Е. Сухарева, затем В.В. Ковалев возглавляли кафедру детской психиатрии Московского института усовершенствования врачей, проводили большую работу по подготовке кадров для детской психиатрии, совершенствованию детской психиатрической помощи.

В последние годы кафедру детской психиатрии и психотерапии Российской академии последиplomного образования возглавляет ученик В.В. Ковалева - Ю.С. Шевченко, который внес

значительный вклад в развитие изучения пограничной психической патологии детского и подросткового возраста и расширение сети психотерапевтической помощи детям и подросткам.

В настоящее время особого внимания заслуживает проблема зависимостей от психоактивных веществ у детей и подростков (И.Н. Пятницкая, А.Е. Личко, П.И. Сидоров, В.С. Битенский и др.), психосоматических расстройств (Д.Н. Исаев, Б.Е. Микиртумов, Ю.Ф. Антропов, Ю.С. Шевченко, А.А. Северный и др.), нервно-психических расстройств раннего возраста (Т.П. Симеон, Е.И. Кириченко, А.И. Козлова, Н.В. Римашевская, Г.В. Козловская и др.).

ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХИАТРИИ

Следует отметить, что оценка психического состояния ребенка и подростка, его обследование и лечение возможно только в обстановке взаимного доверия, искренности. В ситуации терапевтического контакта помимо клинического наблюдения с диагностической целью могут применяться как специфические методы (экспериментально-психологическое исследование, методы нейровизуализации, токсикологический скрининг и др.), так и методики, используемые в общей медицинской практике (соматическое, неврологическое, эндокринологическое обследование и др.). В этой главе приводится краткий обзор избранных экспериментально-психологических методик, используемых в детской и подростковой психиатрии, а также современные методы нейровизуализации.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Экспериментально-психологическое исследование помогает охарактеризовать индивидуально-психологические особенности человека, оценить психологические феномены, психопатологические симптомы и синдромы как в статике, так и в динамике клинических проявлений. Следует отметить, что это может быть достигнуто лишь при квалифицированной организации клинического интервью (см. раздел «Особенности контакта врача с детьми и подростками»). Одной из основных целей клинического интервьюирования является обнаружение изменений отдельных психических функций и выявление (выделение) патопсихологических синдромов.

Под *патопсихологическим синдромом* понимают патогенетически взаимообусловленную и взаимосвязанную общность симптомов, признаков психических расстройств, внутренне взаимообусловленных и взаимосвязанных (В.М. Блейхер). Патопсихологические синдромы включают совокупность поведенческих, мотивационных и познавательных особенностей психической деятельности больных, выраженных в психологических понятиях. В патопсихологическом синдроме отражаются нарушения различных уровней функционирования центральной нервной системы. Выделение патопсихологических синдромов позволяет оценить особенности структуры и протекания психических процессов, приводящих к клиническим проявлениям - психопатологическим синдромам.

Экспериментально-психологическое исследование включает: беседу с больным, сбор и анализ анамнеза наблюдение за поведением пациента во время проведения исследования, эксперимент, сопоставление экспериментальных данных с историей жизни исследуемого.

Под *патопсихологическими исследованиями* (экспериментами) в современной психологии понимается использование любой диагностической процедуры для моделирования целостной системы познавательных процессов, мотивов и «отношений личности» (В.Б. Зейгарник).

Патопсихологическая диагностика использует несколько экспериментальных методик-тестов, с помощью которых выявляются особенности функционирования отдельных сфер психической деятельности и интегративных образований - темперамента, характера, свойств личности. Выбор конкретных методов и способов патопсихологической диагностики базируется на выявлении основных психопатологических отклонений при различных типах психического реагирования в определенных сферах психической деятельности (табл. 1). С учетом того, что адекватная интерпретация результатов экспериментально-психологических (патопсихологических) методик возможна лишь в условиях клинической реальности, есть основания говорить о клинико-психопатологических исследованиях. В то

же время следует помнить, что использование этих методик не заменяет собственно клинического наблюдения, а является вспомогательным методом.

Методы исследования психики новорожденных

Тест «ГНОМ» (график нервно-психического обследования младенцев). Разработан Г.В. Козловской. Тест состоит из 12 возрастных субтестов. Психическое развитие исследуется на 1-м году жизни каждый месяц, после года - каждые три месяца, от 2 до 3 лет - 1 раз в полгода. Субтесты состоят из 20 вопросов (заданий), позволяющих тестировать развитие сенсорных, моторных, эмоционально-волевых, познавательных и поведенческих функций. Для исследования уровня развития каждой функции предлагают 4 задания. Для изучения сенсорной функции тестируется зрительная, слуховая и тактильная чувствительность. Для определения состояния моторики - статика, кинетика, тонкая моторика и мимика. В эмоционально-волевой сфере исследуются формирование и дифференцировка эмоциональных реакций, появление и характер эмоционального резонанса (способности воспринимать эмоциональное состояние других людей и адекватно на него реагировать). Для оценки волевых функций исследуются активная и пассивная произвольная деятельность. Познавательные функции тестируют по четырем показателям: речь, мышление; игра и внимание.

Шкала поведения новорожденных (NBAS). Предназначена для исследования новорожденных и детей первых месяцев жизни. Оценивается поведение и неврологический статус детей от нескольких дней до 6 недель жизни. Методика состоит из 20 вызываемых рефлексов и движений, оцениваемых по 4-балльной шкале. Имеется также 27 заданий для квалификации движений, взаимодействия со взрослыми, статического контроля, реагирования на стресс. Оценка проводится по 9-балльной шкале, указывающей на 5 возможных типов поведения. Дополнительно отмечается, требовалась ли стимуляция для того или иного типа поведения. Результатом исследования является отнесение детей либо к группе риска, либо к норме.

Поведенческий тест новорожденных Graham (1974). Используется для новорожденных и детей первых месяцев жизни. Тест оценивает детей 1-14 дней жизни по 6 субшкалам: двигательная с оценкой моторики, мышечный тонус, тактильная, слуховая сенсорная, зрительная сенсорная шкалы, шкала реактивности.

Тестовая методика Prechtl, Beitlema (1964). Оцениваются дети от 1 до 9 дней жизни по шкалам внешнего вида, позы, движений, дыхания и неврологического статуса.

Указания по использованию конкретных экспериментально-психологических методик, а также сами методики доступно изложены в соответствующих справочных пособиях. Ниже приводится краткое описание некоторых достаточно распространенных и нетрудоемких методик, с которыми целесообразно ознакомиться врачу педиатрического профиля.

Исследование когнитивных процессов

К числу основных когнитивных (познавательных) процессов относятся память, внимание, мышление. Оценка результатов экспериментально-психологического исследования когнитивных процессов требует учета фактора гетерохронности их развития в процессе онтогенеза, а также усиления сопряженных отношений между различными компонентами процессов с возрастом.

Исследование произвольного и произвольного запоминания. Это исследование проводится у детей дошкольного возраста с использованием следующих методических приемов. Предварительно ребенку не дается (исследование произвольного запоминания) или дается (исследование произвольного запоминания) установка на запоминание. Ребенку предъявляются последовательно по одной картинке из набора (например, 10 или 16 картинок): 1) рыба, 2) ведро, 3) кукла, 4) молоток, 5) портфель, 6) санки, 7) елка, 8) чашка, 9) часы, 10) телевизор. Затем обследуемый пациент должен вспомнить и назвать то, что было нарисовано на картинках. Порядок воспроизведения значения не имеет. В протоколе фиксируется количество правильно воспроизведенных картинок. При сопоставлении результатов тестов на произвольное и произвольное запоминание оценивается преобладающий и наиболее продуктивный тип памяти.

Исследование наглядно-образной памяти. Следует предложить ребенку рассмотреть приготовленные заранее наглядные предметы (игрушки, картинки с изображением хорошо знакомых предметов, а также малознакомые предметы или их изображения; всего 10 в наборе) и запомнить их. Через некоторое время необходимо предложить ребенку вспомнить и описать каждый из них. Оценивается, какие игрушки, предметы ребенок запомнил и какие признаки смог выделить и описать (цвет, форму, детали и т.п.).

Разбор и складывание матрешки из 2, 4, 6 составных частей; пирамиды из 4, 6, 8 колец. Эта методика предлагается детям с 2 лет. Исследуется понимание ребенком невербальной или вербальной инструкции, адекватность, способы действия, использование помощи, операция сравнения и способы реализации ее в деятельности. Наблюдают за состоянием моторики, координации, ловкостью, наличием и стойкостью интереса. Определяется сформированность понятий величины, цвета.

Двух- и трехлетние дети действуют путем проб (это допустимо), дети после 3,5-4 лет - путем примеривания и зрительного соотнесения. Дети 2-3 лет могут складывать пирамидку без учета величины. Для них неадекватным будет складывание пирамиды с попыткой надеть кольцо на закрытый колпачок. После 4 лет дети пользуются способом зрительного соотнесения колец. В случае ошибки достаточно бывает повторной инструкции. Дети используют помощь взрослого, активно реагируют на мимику одобрения и неодобрения.

Доски Сегена. Для детей старше 2 лет предлагаются доски с 4-6 вкладышами, старше 3 лет - с 10-15 вкладышами. Исследуется уровень сформированности действий, идентификации и моделирования, операции анализа и синтеза в различных по степени трудности условиях. Для исследования требуются доски с углублениями-пазами, в которые вложены фигурки, точно соответствующие конфигурации пазов.

До 3,5 лет дети могут действовать силовым приемом (без учета формы прорезей). С 3,5 до 4 лет - способом примеривания, с 4 до 5 лет — зрительным соотнесением.

Складывание разрезанных фигур и картинок. Предлагается для детей с 2,5—3 лет. Эта методика позволяет выявить сформированность наглядно-действенного и наглядно-образного мышления, комбинаторных способностей, возможности соотнесения частей и целого и их пространственной координации. Таким образом исследуется возможность синтеза на предметном уровне. Для проведения исследования используются картинки с изображением знакомых детям предметов, разрезанные на 2, 3, 4 части по вертикали и горизонтали.

Понимание сюжетных картинок. Рекомендуются для детей с 3,5-4 лет. Методика позволяет выявить понимание содержания и смысла сюжетных картинок, оценить способность сделать простейшие обобщения, выделить связи, понять чувства людей по их мимике и жестам на основании анализа и синтеза. Анализируются эмоциональная реакция на нелепость в изображении (смех, улыбка, удивление), запас представлений об окружающем. Для проведения исследования используются картинки с скрытым смыслом, изображением нелепостей.

Дети младшего возраста для понимания скрытого смысла картинки нуждаются в наводящих вопросах, после чего верно его оценивают. Связный рассказ о содержании картинки следует ожидать к 4,5-5 годам.

Методика «Лабиринт». Рекомендуются для детей с 3-4 лет. Позволяет оценить понимание инструкции, устойчивость концентрации внимания, целенаправленность деятельности, особенности зрительного восприятия. Для проведения исследования используются несколько заранее подготовленных рисунков с лабиринтами, указка или карандаш. Ребенку предлагается «провести» по лабиринту животных, сказочный персонаж и т.п.

Оценивается интерес к выполнению задания и понимание его смысла. Случаи сбоя чаще связаны с излишней поспешностью или недостатком внимания.

Способность к установлению тождества, сходства и различий в предметах. Предлагается для детей 3,5—4 лет. Эта способность определяется на основании выполнения инструкции по поиску сходной с образцом картинки из набора. Методика позволяет выявлять способность ребенка устанавливать тождество, сходство и различие в предметах на основе зрительного анализа, наблюдательность, устойчивость внимания и целенаправленность восприятия.

Методика «Заучивание 10 слов» (А.Р. Лурия). Используется для оценки состояния памяти, утомляемости, активности внимания. Сущность методики состоит в том, что ребенку предлагается запомнить как можно больше слов из прочитанных экспериментатором. Последний читает ряд из 10 коротких одно- и двусложных слов. Слова должны быть простые, разнообразные и не иметь между собой никакой связи. После прочтения испытуемый называет слова, которые запомнил, а экспериментатор отмечает их в протоколе исследования. Затем осуществляется очередное прочтение тех же 10 слов с последующим их воспроизведением испытуемым. После пятикратного повторения слов экспериментатор переходит к другим исследованиям, а спустя 50-60 мин снова просит воспроизвести эти слова (без запоминания). Результаты обследования, занесенные в протокол, могут быть изображены в виде «кривой запоминания». Для этого по горизонтальной оси откладываются номера повторений, а по вертикальной - число правильно воспроизведенных слов.

Форма «кривой запоминания» позволяет судить об особенностях мнестической функции. Установлено, что у здоровых детей школьного возраста «кривая запоминания» носит примерно следующий характер: 5, 7, 9 или 6, 8, 9 или 5, 7, 10 и т.д., т.е. к третьему повторению испытуемый воспроизводит 9 или 10 слов. При последующих повторениях (всего не меньше пяти раз) количество воспроизводимых слов 9-10. Умственно отсталые дети воспроизводят сравнительно меньшее количество слов. В случае органических поражений головного мозга, а также при синдроме гиперактивности обследуемые воспроизводят лишние слова (которые отсутствовали в первоначальном списке), при последующих повторениях испытуемые «застревают» на этой ошибке.

При ослаблении активного внимания и выраженной утомляемости ребенок ко второму разу воспроизводит 8 или 9 слов, а при последующих пробах припоминает все меньшее и меньшее количество слов. Клинически это выражается преходящей астенией, истощаемостью внимания. При неустойчивости внимания и колебаниях его уровня кривая принимает зигзагообразный характер. Платообразный характер кривой, когда дети воспроизводят каждый раз одинаковое количество одних и тех же слов, может свидетельствовать об эмоциональной вялости, отсутствии заинтересованности в том, чтобы запомнить побольше. Кривая типа низкорасположенного «плато» наблюдается при слабоумии с апатией (при паралитических синдромах).

Число слов, удержанных и воспроизведенных испытуемым спустя час после повторения, в большей мере свидетельствует о памяти в узком смысле слова.

Данная методика может быть использована для учета эффективности проводимой терапии, оценки динамики болезни и т.д.

Корректирующая проба. Впервые она была предложена Бурдоном в 1895 г. и используется для оценки устойчивости внимания, его объема, способности к концентрации и переключению. Исследование проводят с помощью специальных бланков, на которых приведен ряд букв (или цифр), расположенных в случайном порядке. Инструкция предусматривает зачеркивание обследуемым одной или двух букв по выбору исследующего. При этом через каждые 30 или 60 с исследователь делает отметки в том месте таблицы, где в это время находится карандаш испытуемого, а также регистрирует время, затраченное на выполнение всего задания.

Таблицы Горбова и Горбова—Шульте. Представляют собой набор цифр (от 1 до 25), расположенных в случайном порядке в клетках (таблицы Горбова). Испытуемый должен показать и назвать в заданной последовательности (как правило, возрастающей от 1 до 25) все цифры. Предлагается подряд четыре-пять неидентичных таблиц, в которых цифры расположены в различном порядке. Психолог регистрирует время, затраченное испытуемым на показывание и называние всего ряда цифр в каждой таблице в отдельности. На таблицах Горбова-Шульте указаны цифры от 1 до 25 черного цвета и цифры от 1 до 24 красного цвета. Инструкция требует показывать и называть черные цифры в возрастающем порядке от 1 до 25, а красные — в убывающем порядке от 24 до 1. Необходимо вести счет попеременно: сначала называть черную цифру, затем красную и далее до тех пор, пока счет не будет окончен. Учитывается время выполнения задания по каждой из таблиц, а также ошибки выполнения.

Методика «Исключение четвертого лишнего». Позволяет оценить уровень процессов обобщения, способность выделять существенные признаки предметов.

Ребенку предлагается из четырех предметов, изображенных на карточке, исключить один предмет или слово, которые не подходят к остальным, сходным по общему для них признаку. Карточки с картинками предъявляются в определенной последовательности с нарастающей сложностью. При оценке результатов исследования важно отношение обследуемого к допущенным ошибкам - сам заметил или при помощи исследователя, подлежат ли ошибки коррекции. Примеры стимульного материала: карточки с изображениями: 1) трех часов различной формы и монеты; 2) катушки ниток, ножниц, наперстка, курительной трубки; 3) часов, аптекарских весов, очков, термометра; 4) зонтика, военной фуражки, барабана, пистолета; 5) тумбочки, кровати, шкафа, этажерки; 6) собаки, гуся, лошади, телеги.

Методика «Выделение существенных признаков». Выявляет понимание обследуемым главных и второстепенных признаков предметов и явлений. Характер выделения признаков свидетельствует о преобладании абстрактного или конкретного стиля мышления. При выполнении методики необходимо к слову, стоящему перед скобками, подобрать два соответствующих слова (признака) предмета или явления, расположенных в скобках и являющихся неотъемлемыми признаками слова перед скобками.

Примеры стимульного материала:

Сад (растения, садовник, собака, забор, земля).

Река (берег, рыба, рыболов, тина, вода).

Rt/б(углы, чертеж, сторона, камень, дерево).

Деление (класс, делимое, карандаш, делитель, бумага).

Сарай (сеновал, лошади, крыша, скот, стены).

Кольцо (диаметр, алмаз, проба, округлость, печать).

Игра (карты, игроки, штрафы, наказания, правила).

Чтение (глаза, книга, картинка, печать, слово).

Город (автомобиль, здание, толпа, улица, велосипедист).

Методика «Классификация понятий». Применяется для исследования процессов обобщения и отвлечения, последовательности суждений. Впервые она была предложена К. Голдштейном (1920) для исследования больных с афазиями. Модифицированная методика включает набор карточек с изображением животных, растений и предметов. Предлагается разложить карточки на группы так, чтобы они содержали однородные предметы и МОИ ЛИ быть названы обобщающим словом.

Оцениваются: 1) число этапов, затраченных на окончательную классификацию предметов (выделяются три группы - животные, цветы, неодушевленные предметы); 2) принципы классификации.

Конкретное мышление наблюдается в случае, если обследуемый объединяет предметы в конкретные ситуационные группы (например, пальто со шкафом, «пальто вешают в шкаф»).

Излишняя детализация отмечается, если обследуемый выделяет дробные группы (например, «одежда зимняя, летняя, одежда на выход»).

Опора на латентные признаки происходит, если в классификации делается упор на незначимые, скрытые признаки понятий (например, в одну группу объединяются автобус и слон, так как оба «большие»).

На основании методики классификации понятий возможно подтверждение клинически выявляемых специфических расстройств мышления. Конкретность мышления может подтверждать наличие органически обусловленных психических расстройств, склонность к излишней детализации - эпилептический характер ассоциативных нарушений, опора мышления на латентные признаки - нарушения мышления шизофренического спектра.

Методика «Пиктограммы». Является проективным тестом, основанным на выявлении проекций в данных эксперимента с последующей интерпретацией и позволяющим судить о характере ассоциативного процесса обследуемого, а также оценивать некоторые личностные особенности (интересы, замыслы, творческая активность, конформность или отгороженность, аффективный модус поведения, эмоциональное состояние обследуемого). Сущность методики состоит в том, что испытуемому предлагается изобразить с помощью рисунка следующие понятия конкретного и абстрактного характера, например: 1) глухая старушка; война; строгая учительница; девочке холодно; слепой мальчик; богатство; голодный человек; побег; надежда; зависть; веселая компания; 2) веселый праздник; тяжелая работа; веселый ужин; болезнь; печаль; счастье; любовь; развитие; разлука; обман;

обида; победа; дружба; справедливость; сомнение. После выполнения задания целесообразно обсудить характер образов пиктограмм.

В тесте оцениваются: 1) техника исполнения рисунка (величина, завершенность, обрамление, подчеркивание, наличие уточняющих линий, отличие и сходство рисунков, относящихся к различным понятиям); 2) расположение рисунков на листе; 3) принцип, положенный в основу ассоциативного ряда для запоминания; 4) степень оригинальности или стандартности. Выделяют пять вариантов изображений: абстрактные изображения - линии, не оформленные в какой-либо узнаваемый образ; знаково-символические - в виде знаков или символов (геометрические фигуры и т.д.); конкретные - конкретные предметы; сюжетные - изображения объединены в какой-либо сюжет; метафорические - изображения в виде метафор.

Для органических поражений головного мозга характерны стереотипии, упорядоченность, подчеркнутая аккуратность изображений, четкое нумерование рисунков, их низкая дифференцированность, незавершенность линий, штриховка, подчеркивание, обрамление изображений. При шизофрении преобладают вычурные, абстрактные образы, буквенное изображение, геометрические фигуры, атипичное (несимметричное, негармоничное) расположение рисунков, на листе.

Методика «Ассоциативный эксперимент». Используется для оценки качественной специфики мышления. При проведении исследования предлагается привести первую пришедшую на ум ассоциацию на предъявляемые слова.

Возможные наборы слов:

1-й вариант: шкаф - , город - , сват - , ветка - , перо - , воробей - , кролик - , свеча - , рама - , дорога - , платье - , чернила - , туфли - , кошка - , помидор - , нитка - , тетрадь - , солнце - , подушка - , день - , доска - , улица - , пила - , карандаш - , стакан;

2-й вариант: хлеб - , лампа - , пение - , колесо - , красота - , война - , воздух - , развитие - , звонок — , пещера - , бесконечность - , луна — , брат - , лечение - , топор - , падение - , обман - , голова — , сомнение - , игра - , цель - , глубина — , народ - , трава - , ссора — , бабочка - , поиск - , печаль - , совесть — ;

3-й вариант: огонь — , сад - , смех - , лес - , красный - , платье - , север - , любовь - , вечер - , радость - , сон - , хлеб — , дело - , болезнь - , труд - , брат - , обида — , гроза - , муж - , весна — , стол - , прошлое - , честь — , космос - , здоровье - .

При анализе результатов исследования учитываются: латентный период (в норме от 0,5 до 2 с), качественные характеристики ответов.

По качеству ответов речевые реакции делят на: 1) высшие речевые реакции (общеконкретные, индивидуально-конкретные, абстрактные); 2) примитивные словесные реакции (ориентировочные, созвучные, отказные, экстрасигнальные, междометные, персеверирующие, эхолали-ческие); 3) атактические реакции (соответствующие диссоциированному мышлению).

У больных шизофренией преобладают атактические (еда - крот) или созвучные (народ - урод) реакции. Это обусловлено особенностями расстройств мышления при данном заболевании, ассоциациями по созвучию и т.д.

Выполнение исследования считается адекватным, если высшие речевые реакции составляют 98-100% , среди них общеконкретные - 68-72%, индивидуально-конкретные -8—12%, абстрактные - 20%, низшие, атактические и многословные реакции отсутствуют.

Исследование интеллекта и креативности

Понятие *креативность* включает прошлые, сопутствующие и последующие характеристики процесса, в результате которого человек или группа людей создает что-либо не существовавшее прежде. Это - способность человека отказываться от стереотипных способов мышления. Основными факторами креативности считаются: 1) оригинальность, нетривиальность, необычность высказываемых идей, ярко выраженное стремление к интеллектуальной оригинальности; 2) семантическая гибкость, т.е. способность видеть объект под новым углом зрения, обнаруживать возможность его нового использования, расширять функциональное применение на практике; 3) образная адаптивная гибкость - способность изменять восприятие объекта таким образом, чтобы видеть его новые, скрытые от

наблюдения стороны; 4) семантическая спонтанная гибкость - способность продуцировать разнообразные идеи в неопределенной ситуации (в той, которая не содержит ориентиров для этих идей).

Методика Векслера (детский адаптированный вариант). Тест Векслера позволяет получить представление как об общем уровне интеллекта, так и об особенностях его структуры. Он помогает установить, какие стороны интеллектуальной деятельности сформированы у испытуемого хуже всего, за счет каких может происходить компенсация, сравнить его показатели со средними нормами и результатами обследования других детей. Адаптированный отечественный вариант методики (А.Ю. Панасюк) предназначен для исследования интеллектуального развития детей от 5 до 16 лет и состоит из 12 (6 вербальных и 6 невербальных) тестов.

Вербальная часть методики:

I субтест - «Общая осведомленность» - оценивает кругозор ребенка, запас имеющихся самых общих сведений об окружающей действительности.

II субтест - «Понятливость» - направлен на изучение способности ребенка к самостоятельному принятию решений, а также на оценку его уровня знаний социальных норм и требований, умения анализировать явления, вскрывать причины, лежащие в основе социальных норм и правил.

III субтест - «Арифметический» - выявляет способности ребенка выполнять арифметические действия и операции в уме, устный счет, умение быстро ориентироваться в условиях задачи и находить правильное решение.

IV субтест - «Аналогии - сходство» - исследует способность ребенка к обобщению понятий, выделению наиболее существенных их признаков.

V субтест - «Словарь» - анализирует словарный запас.

VI субтест - «Повторение цифр» - направлен на изучение состояния кратковременной и оперативной памяти.

Невербальная часть методики:

VII субтест — «Недостающие детали» - позволяет оценить наблюдательность ребенка, его зрительно-перцептивную память, а также умение выделять существенные признаки путем зрительного анализа.

VIII субтест - «Последовательные картинки» - характеризует способность испытуемого устанавливать последовательность событий на основе анализа причинно-следственных связей.

IX и X субтесты - «Составление фигур из кубиков» или «Кубики Кооса» и «Складывание объектов» - направлены на изучение конструктивного мышления ребенка, его способности к анализу и синтезу на предметном уровне.

XI субтест - «Кодирование» - оценивает способность ребенка к распределению внимания, уровень его работоспособности.

XII субтест - «Лабиринт» - позволяет изучить зрительно-пространственную координацию ребенка.

Школьный тест умственного развития (ШТУР). Включает 6 субтестов: «Осведомленность» (2 субтеста), «Аналогии», «Классификации», «Обобщения», «Числовые ряды».

Исследование эмоциональной сферы

Свою чувственную сферу ребенок еще не в состоянии полноценно охарактеризовать вербальными средствами. Детский рисунок (как вариант проективных тестов, к которым относится и тест Люшера) является уникальным средством оценки внутреннего мира ребенка. Среди **рисовальных проб**, которые могут быть использованы для диагностики эмоциональной сферы дошкольников и детей школьного возраста, стоит выделить: «Рисунок семьи», «Дорога в детский сад», «Я иду в школу».

Процесс тестирования состоит из двух частей - рисования и беседы. Ребенку разрешают рисовать как ему хочется. Оцениваются: отношение к заданию; последовательность рисования предметов, деталей, паузы более 15 с; стирание деталей; спонтанные комментарии ребенка; эмоциональные реакции и их связь с изображаемым содержанием. В процессе обсуждения целесообразно выяснить смысл нарисованного ребенком, уточнить значение определенных деталей. При этом по возможности следует избегать прямых вопросов, не настаивать на ответе, так как это может вызвать тревогу, настороженность ребенка. Тест «Рисунок семьи» допускает использование дополнительных заданий, выраженных в

следующих инструкциях: «Нарисуй свою семью, где все обычно заняты своим делом»; «Нарисуй свою семью, как ты ее себе представляешь»; «Нарисуй свою семью, где каждый член изображен в виде фантастического существа»; «Нарисуй свою семью в виде метафоры, некоего образа, символа, который выражает особенности вашей семьи». При использовании вариантов методики нужно исходить из возраста обследуемых, а также целей диагностики.

Интерпретация рисунка должна учитывать количество изображенных объектов (как неживых объектов, так и детей, животных). Рисунок может отражать реальные (воспринимаемые ребенком) или желаемые события либо указывать на то, чего он опасается или избегает. Суждение об этом может быть сделано на основании оценки взаимного расположения элементов рисунка.

Самые значимые и близкие люди, как правило, изображаются ребенком большими. Дети с заниженной самооценкой чувствуют себя неуверенными, неумелыми и требующими внимания, заботы и ласки от окружающих и рисуют себя значительно меньшими, чем других взрослых и детей.

Информативна абсолютная величина фигуры. Большие фигуры, здания, занимающие целый лист бумаги, рисуют импульсивные, уверенные в себе, склонные к доминированию дети. Изображение маленьких фигур нередко связано с тревожностью, чувством опасности.

Изображение в первую очередь себя может говорить об эгоцентризме ребенка. Если он изображает мать, воспитателя, то они для него особо значимы, эмоционально близки. Возвращение к рисованию каких-либо деталей может указывать на главное, доминирующее переживание, связанное с определенными деталями рисунка. Паузы перед рисованием чаще всего связаны с напряженными, конфликтными отношениями и являются внешними проявлениями диссонанса мотивов (ребенок как бы решает, рисовать ему этого человека, объект, предмет или нет). Стирание изображенного, перерисовка может быть связана с негативными эмоциями к человеку или же, наоборот, с желанием как можно лучше изобразить предмет или человека. Комментарии ребенка проясняют смысл рисуемого, указывают на эмоционально значимое для него.

Положительное эмоциональное отношение к изображаемому выражается в ярких чистых тонах рисунка, а о негативном отношении и отрицательных эмоциях свидетельствует преобладание темных тонов, нелюбимых красок.

Методика «Веселый - грустный». Предназначена для изучения представлений у 6—7-летних детей об эмоционально значимых сторонах жизни, возможно и на вербальном материале. Сущность методики состоит в том, что ребенку 6-7 лет предлагают придумать завершение рассказа. Пример рассказа: «Петя пришел из школы грустный. Мама его спросила: «Почему ты такой грустный?» А Петя отвечает: «Потому, что наша учительница Нина Петровна...» Предлагаются такие ситуации с веселым мальчиком, вернувшимся из школы, а также с веселым и грустным мальчиками, вернувшимися из детского сада. Оценке подлежат содержание и характер ответа. Делают выводы о возрастных изменениях представлений детей об эмоционально значимых моментах жизни детского сада и школы.

Метод неоконченных предложений. Позволяет выявлять страхи и опасения младших школьников в различных сферах общения и деятельности. Ребенку предлагается закончить предложения, например:

Когда я думаю о школе...

Когда я иду в школу...

Когда звенит звонок...

Когда я вижу учителя...

Когда у нас контрольная...

Когда кончаются уроки...

Когда я отвечаю у доски...

Когда я получаю двойку...

Когда учитель задает вопрос, я...

В окончаниях заданных предложений проецируются эмоциональные переживания ребенка.

Тест Розенцвейга (детская форма). Направлен на изучение фрустрационных реакций. Стимулирующая ситуация этого метода заключается в схематическом контурном рисунке, на котором изображены два или более человека (хотя бы один из которых - ребенок), занятые еще не законченным

разговором. Общим же для всех рисунков является нахождение персонажа в фрустрационной ситуации. Оценке подвергается ответ ребенка в ситуации фрустрации.

Исследование нравственной сферы

Данное исследование включает исследование когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов нравственного развития. Исследование когнитивного компонента предполагает изучение осознания детьми нравственных норм и представлений о нравственных качествах; эмоционального - нравственных чувств ребенка, эмоционального отношения к моральным нормам; поведенческого - предполагает выявление нравственного поведения в ситуации морального выбора, нравственной направленности личности во взаимодействии со сверстниками и т.д.

Исследование потребностно-мотивационной и волевой сфер

Такие исследования проводят в процессе беседы с ребенком. Для диагностики развития воли за ребенком наблюдают во время различных видов деятельности. Так, при исследовании произвольной активности в игре важно учитывать такие ее признаки, как самостоятельный выбор ребенком темы игры, планирование ее хода, выбор средств для осуществления игрового замысла, согласование своих действий с действиями сверстников, появление усилий для преодоления трудностей и др.

Изучение волевых действий у детей раннего возраста. Исследование проводится индивидуально с детьми 1-3 лет в естественных условиях. Ребенку предлагают собрать новую пирамидку из 5 колец. При этом тщательно фиксируются все особенности поведения малыша, а также длительность игры с пирамидкой, число и время отвлечений, общее время занятости игрой. Делаются выводы об особенностях сохранения цели, о характере волевых усилий, об индивидуальных особенностях волевых проявлений.

Изучение соподчинения мотивов. Подбираются яркие, красочные игрушки. Исследование проводится индивидуально с детьми 3-7 лет и включает 5 серий. В первых четырех сериях предлагаемое соподчинение мотивов опосредовано взрослым, а в пятой - содержанием самой деятельности:

- 1) ребенку предлагают непривлекательное занятие, например расставить стулья, и обещают дать после этого новую игрушку;
- 2) ребенку предлагают непривлекательное занятие и подробно рассказывают ему о той игрушке, которую он получит после выполнения работы;
- 3) ребенку предлагают непривлекательное занятие и показывают игрушку, которую он получит после окончания работы. Затем игрушку убирают;
- 4) ребенку предлагают непривлекательное занятие и показывают игрушку, которую он получит после окончания работы, затем ставят ее в доступном для него месте. Подчеркивают при этом, что взять ее можно только после завершения работы;
- 5) ребенку предлагают увлекательную игру, но после того, как он закончит выполнять непривлекательное действие.

Анализируют поведение ребенка в каждой серии, качество его работы, соподчинение мотивов в зависимости от ситуации и возраста.

Если ребенок выполняет задание, несмотря на соблазн, то у него развит произвольный механизм соподчинения мотивов, и тем в большей степени, чем в более конфликтной для него (соблазнительной) ситуации он оказывается. Обычно в 5-6 лет ребенок уже способен соподчинять мотивы своего поведения, соотносить цели и результаты.

Методика Б.Ф. Эльконина. Детям (4-7 лет) предлагается сложить куб Линка (из 27 кубиков с разноцветными гранями, каждая грань окрашена в красный, синий или желтый цвет) так, чтобы все его стороны были одного цвета. Сначала взрослый сам на глазах у ребенка складывает куб, объясняя принципы подбора кубиков. Затем ребенку предлагается сложить куб самостоятельно.

Фиксируются: время, активность, обращение за помощью к взрослому, отказ от цели (с сожалением, огорчением), недостаток времени.

При анализе выполнения данного задания можно выделить три вида целенаправленности:

- 1) стойкая деятельная;

- 2) малоактивная, нуждающаяся в руководстве;
- 3) нестойкая (отказ от попыток решения при столкновении с трудностями).

3.1.7. Психодиагностика личности

Методика «Лесенка». Ребенок должен поставить куклу, символизирующую его самого, на одну из трех ступенек лесенки. При этом задаются разные качества для оценки (например, нижняя ступенька - самые глупые дети, верхняя ступенька - самые умные дети, средняя ступенька - дети, которые бывают умными, а иногда глупыми). Обсуждаются три ситуации: «Я сейчас», «Я, когда был маленьким», «Я, когда вырасту большой».

Исследование характера социального взаимодействия

Тест «Незаконченные предложения» Сакса и Леви (в модификации В. Михала для детей). Направлен на диагностику отношения ребенка к родителям-братьям, сестрам, детской неформальной и формальной группам, учителям, школе, своим собственным способностям, а также на выявление целей, ценностей, конфликтов и значимых переживаний. Методика состоит в том, что ребенку предлагают заканчивать предложения, которые начинает экспериментатор. Социальную позицию ребенка исследуют с помощью предложений, направленных на изучение его отношения к группе сверстников, учителям, родителям и членам семьи. Самопонимание ребенка изучается с помощью предложений, направленных на исследование значимых переживаний ребенка, оценку своих возможностей, а также рефлексивную самооценку, формирующуюся к началу подросткового возраста. Незаконченные предложения:

1. Я думаю, что людей больше...
2. Ребенок в семье...
3. Мы любим маму, а...
4. Бываем среди детей, но...
5. Мой брат (сестра)...
6. Я достаточно ловкий, чтобы...
7. Отцы иногда...
8. Дети, с которыми я играю...
9. Чтобы наш папа...
10. Мои близкие думают обо мне, что я...
11. Если мой брат (сестра)...
12. Мои друзья меня часто...
13. Я хочу, чтобы у меня не было...
14. Больной ребенок...
15. Я думал, что мама чаще всего...
16. Если бы не было школы...
17. Я весь трясусь, когда...
18. Когда я думаю о школе, то...
19. Если бы все ребята знали, как я боюсь...
20. Был бы очень счастлив, если бы я...
21. Я самый слабый...
22. Мой учитель (учительница, учителя)...
23. Всегда мечтаю...

Основу интерпретации составляют содержательный анализ ответов, время ответа, а также высказывания ребенка по поводу того, насколько предложенные фразы соответствуют реальности.

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ

Электроэнцефалография (ЭЭГ) - параклинический метод исследования, позволяющий оценить характер и динамику биоэлектрической активности головного мозга. ЭЭГ показана при проведении дифференциальной диагностики между психическими расстройствами органического происхождения (сосудистые, травматические нарушения, опухоли) и так называемыми функциональными нарушениями,

для уточнения топографии очага расстройства при фокальных нарушениях головного мозга. Электроэнцефалография позволяет выявить специфические нарушения пароксизмального характера (в том числе при эпилепсии), а также оценить динамику состояния таких больных в процессе лечения.

Электроэнцефалографию обычно назначают больным с первичным психотическим эпизодом или больным с указанием в анамнезе на черепно-мозговую травму, пароксизмально возникающие психические нарушения со стереотипно повторяющейся симптоматикой, неврологические расстройства (нарушения сознания, нейроинфекции, осложнения в перинатальном периоде, судорожные приступы, сосудистые мозговые кризы).

Информативность ЭЭГ ограничена при ЭСТ и применении психотропных средств, которые влияют на результаты ЭЭГ, затрудняя ее расшифровку. ЭЭГ-картины имеют межиндивидуальные различия, переменны с возрастом и в связи с функциональным состоянием. Нормальная картина ЭЭГ не обязательно означает отсутствие органического заболевания или эпилепсии. Ритмы биоэлектрической активности подразделяются следующим образом: альфа-ритм - 8-13 Гц (колебаний в секунду) - покой; бета-ритм - 14-35 Гц - умственная работа; гамма-ритм - 33-35 Гц - эмоциональное возбуждение; дельта-ритм - 0,5-3,5 Гц - сон; тета-ритм - 4—7 Гц (восприятие неприятной информации). У маленьких детей в норме регистрируются дельта-волны. В подростковом возрасте им на смену приходят тета-волны. У взрослого человека медленные волны обычно отсутствуют, наблюдаясь только в состоянии сна.

Пароксизмальная активность при выборочном проведении ЭЭГ может не возникать далее при имеющемся эпилептическом очаге. В этих случаях целесообразно проведение ЭЭГ в состоянии депривации сна или 24-часовой мониторинг, а также использование других провокационных методик (ритмические вспышки света, произвольная гипервентиляция легких).

При эпилепсии характерны следующие ЭЭГ-признаки: «пики» (короткие высокоамплитудные разряды) или острые волны (высокоамплитудные разряды большей длительности), комплексы «пик-медленная волна». Чередование пиков и дельта-волн с частотой 3 Гц является классическим признаком генерализованного абсанса. При органическом повреждении головного мозга обнаруживаются: низкая амплитуда биопотенциалов, быстрые низкоамплитудные или медленные высокоамплитудные разряды. При деменции наиболее значимым является отсутствие альфа-ритма и появление дельта-волн в бодрствующем состоянии. Делириозное состояние обычно характеризуют нерегулярные медленные волны.

Реоэнцефалография (РЭГ) основана на изучении электрического сопротивления ткани головного мозга. Из-за того, что оно во многом связано с кровенаполнением мозговых сосудов, эта методика позволяет оценить мозговую гемодинамику и показана для исключения сосудистых поражений мозга.

Полисомнография включает ЭЭГ и электромио-грамму. Часто выполняется совместно с записью ЭКГ, регистрацией кожно-гальванической реакции, температуры тела, движения глазных яблок во время сна и др. Эти исследования предоставляют важную информацию при таких состояниях, как ночная миоклония, ночное апноэ, энурез, сомнамбулизм, судорожные припадки, депрессия и др.

Эхоскотия оценивает смещение срединных структур мозга при его ультразвуковой локации. Используется при подозрении на опухоль или атрофический процесс, а также для выявления расширения желудочков мозга.

Методы **нейровизуализации** (КТ, МРТ, ПЭТ) позволяют получить изображения головного мозга. В зависимости от цели исследования и использованной методики изображения отражают анатомическую структуру либо позволяют судить о функции мозга.

На сегодняшний день КТ и МРТ являются качественными и достаточно доступными методами нейровизуализации, позволяющими реконструировать структурное изображение головного мозга. КТ-исследование (в сравнении с МРТ) дешевле, лучше выявляет очаги кальцификации, но разрешающая способность его ниже, особенно если очаг поражения головного мозга имеет небольшие размеры.

Компьютерная томография (КТ) позволяет послойно исследовать плотность вещества мозга при рентгенологическом сканировании с последующей компьютерной обработкой изображения. Рекомендуются для исключения возможных органических изменений центральной нервной системы, которые могут лежать в основе психического расстройства или видоизменять его.

При *магнитно-резонансном исследовании (МРТ)* используют магнитное поле для определения частоты резонанса составляющих химического элемента в различных тканях тела. Компьютерная обработка радиочастотных сигналов, излучаемых структурами мозга при воздействии на них магнитного поля, позволяет реконструировать структурное изображение мозга.

Большое значение данное исследование имеет в диагностике демиелинизирующих процессов (особенно рассеянный склероз), деменции, резидуальных повреждений головного мозга.

Преимущества МРТ перед КТ — радиационная безопасность, изображение во всех плоскостях, включая сагиттальную, венечную, дополнительно к поперечному срезу; более высокая разрешающая способность при изображении структуры ткани; четкое разграничение белого и серого вещества мозга; повреждения при демиелинизирующих заболеваниях (рассеянный склероз) видны более четко; отличное изображение гипофизарной области и задней черепной ямки.

Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) обеспечивает изображение функционального состояния мозга и является особенно многообещающим методом при исследовании нейротрансмиттерных систем. Химические элементы (кислород, углерод и азот) с коротким периодом полураспада и излучающие позитроны используются в качестве метки органических соединений (например, глюкозы, аминокислот и нейромедиаторов). Последние вводятся в организм с помощью инъекции или ингаляции. Затем картируется распределение этого вещества в разных отделах мозга.

С помощью ПЭТ можно визуализировать картину мозгового кровотока, выявлять определенные нейротрансмиттерные системы головного мозга, *in vivo* оценить характер мозгового метаболизма (например, глюкозы). Существенным преимуществом этого метода является его способность обнаруживать мозговую патологию на функциональном уровне до этапа грубых органических нарушений.

Клинико-генетическое обследование психически больных

Биологическое предрасположение к психическим заболеваниям бывает неоднородным и может быть связано как с дизонтогенезом нервной системы, вызванным патогенными влияниями на плод в период внутриутробного развития, так и с фактором наследственности. Наследственное предрасположение проявляется в изменении нормы реакции организма на действие агентов окружающей среды. При этом действие внешнего агента как бы проявляет заложенную в организме предрасположенность к наследственному заболеванию. Известно, например, что совпадение (конкордантность) заболевания шизофренией у однояйцевых близнецов составляет около 50 %. Но шизофрения чаще манифестирует у того из близнецов, который родился с меньшим весом или подвергался действию неблагоприятных условий в период беременности (В. Полин, М. А. Шмакова).

Многие психические заболевания относятся к наследственным или имеют наследственное предрасположение. Врач-психиатр при обследовании больного должен получить представление о характере и степени этого предрасположения у самого пробанда и его родственников, выделить среди них группу повышенного риска, нуждающуюся в дополнительном генетическом консультировании и в применении профилактических мероприятий. Установление факта наследственного предрасположения помогает также в дифференциальной диагностике эндогенных расстройств психической деятельности и заболеваний экзогенной этиологии. При этом всякий раз врачу приходится решать сложную задачу, касающуюся соотношения внутренних (наследственных) и внешних патогенных влияний на психическую деятельность субъекта. Решить эту задачу без данных клинико-генетического исследования часто бывает затруднительно. Примером могут служить трудности дифференциального диагноза микроцефалии с умственной отсталостью, которая может возникать как в результате моногенной рецессивной мутации, так и под влиянием интоксикации плода при алкоголизме матери, при применении матерью тератогенных лекарственных препаратов, при воздействии рентгеновского облучения. Эту задачу практически невозможно решить без клинико-генетического исследования больного.

В клинических условиях основным методом генетического исследования является метод *генеалогический*, то есть метод родословных. Сущность его заключается в прослеживании передачи

признака (болезни) среди родственников больного в нескольких поколениях. Задача состоит в установлении наследственного характера болезни. Если в семье один и тот же признак или болезнь встречаются несколько раз, можно думать о наследственной природе или семейном характере болезни. Удастся также установить тип наследования: аутосомно-доминантный, аутосомно-рецессивный, сцепленный с полом. Метод требует тщательного сбора сведений о родственниках больного, а в отдельных случаях и их специального медицинского и лабораторного обследования. Нужно иметь в виду, что полученная информация о родственниках не всегда бывает достаточно полной. Многие больные скрывают сведения о неблагоприятной наследственности или сознательно искажают их, желая переложить «вину» за возникшее заболевание с собственной семьи на семью жены (мужа). Поэтому для повышения достоверности информации желательно получить сведения от нескольких родственников пробанда, строго соблюдая при этом конфиденциальность.

Среди наследственно обусловленных болезней большое место занимают психические заболевания, связанные с *хромосомной патологией*. Генетической основой таких состояний служат хромосомные мутации — численные или структурные изменения хромосом в соматических или половых клетках. Общая клиническая характеристика хромосомных болезней заключается в том, что все они сопровождаются множественными аномалиями органов и систем организма. Так, при осмотре головы и лица наблюдаются увеличение или уменьшение размеров черепа (макро- и микроцефалия), необычная его конфигурация, низкий рост волос на лбу и затылке, малые размеры глазных яблок, узко или широко расставленные глаза, широкая и плоская переносица, отклонения в строении зубочелюстной системы, ушных раковин. При осмотре туловища характерными бывают отсутствие или наличие дополнительных грудных сосков, гинекомастия у мужчин, изменения строения наружных половых органов, деформация грудной клетки и позвоночника. Часто наблюдаются аномалии строения конечностей: укороченные или длинные, «паукообразные» пальцы, искривление конечной фаланги пятого пальца, частичная или полная синдактилия, дополнительный палец, плоскостопие или, напротив, высокий свод стопы, косолапость.

Нужно, однако, учесть, что если хромосомные изменения в яйцеклетках приводят к полному развитию всех признаков болезни, то изменения, произошедшие на ранних стадиях развития эмбриона, ведут к мозаицизму — наличию в организме клеток с разным числом хромосом. Для мозаицизма характерна стертая и неполная картина заболевания, например, при аномалии 21 пары хромосом в случае мозаицизма рождается ребенок с нерезко выраженными внешними признаками хромосомной болезни Дауна, но типичного для этого заболевания значительного отставания в умственном развитии у него может и не быть или появляются симптомы другого психического заболевания. Поэтому для диагностики хромосомных психических болезней необходимо *цитогенетическое* исследование с определением кариотипа. Использование новых методов современной генетики и геной инженерии создает перспективу выявления в целях пренатальной профилактики участков хромосомной ДНК, отвечающих за появление наследственных дефектов.

Для решения вопроса, в какой мере психическая болезнь зависит от наследственных особенностей организма, то есть от его генотипа, а в какой — от условий внешней среды, применяется *близнецовый метод* исследования. Однояйцовые, или монозиготные, близнецы развиваются из одного оплодотворенного яйца путем его деления. Поэтому партнеры монозиготной пары имеют полностью идентичные генотипы, и различия партнеров зависят только от внешней среды. Двухяйцовые, или дизиготные, близнецы рождаются в результате созревания одновременно двух яйцеклеток, оплодотворенных двумя спермиями. Партнеры дизиготной пары генотипически неоднородны и сходны между собой не больше, чем братья и сестры, рожденные порознь. Зато благодаря одновременному рождению и совместному воспитанию у них будет значительная общность среды. Поэтому различие их признаков в основном обусловлено неидентичным генотипом. При многих психических болезнях и аномалиях психического развития частота совпадений заболевания у обоих монозиготных близнецов (*конкордантность*) значительно выше по сравнению с парами дизиготных близнецов. Так, например, по некоторым данным, совпадение по заболеванию эпилепсией в парах монозиготных близнецов достигает 56 %, а в дизиготных парах — лишь 10 %. Следовательно, в этиологии этих заболеваний наследственный фактор играет большую роль. Высокая конкордантность заключается не только в

сходстве по возникновению болезни, но и в ее сходных клинических формах. В качестве примера можно привести сходство шизофрении в парах монозиготных близнецов по возрасту начала заболевания и по типу его течения (непрерывный или приступообразный). Сходным является также и лечебный эффект фармакологических средств при разных способах их введения. Зная особенности психического заболевания у одного из монозиготных близнецов, можно предположить, каковы будут индивидуальные особенности психических расстройств у другого партнера.

Исследования такого рода получили название метода контроля по партнеру.

Медицинская генетика не ограничивается изучением роли наследственного фактора при психических заболеваниях и частоты наследственных болезней. Она подвергает исследованию также закономерности, которым подчиняется их распространение в группах населения (популяции) в различных географических местностях, регионах, у лиц разных национальностей и во многих других группах, которые обуславливают сохранение и изменение генотипа того или иного заболевания при смене поколений. Метод изучения распространения, сохранения и изменения генотипа в популяциях называют *популяционным*. Популяционно-генетические исследования больших групп населения показали, что частота многих патологических генов и, следовательно, распространение обусловленных ими наследственных болезней в популяции незначительны. Это обусловлено тем обстоятельством, что больные — носители этих генов менее жизнеспособны, они реже вступают в брак, а у вступивших в брак детей бывает меньше, чем у здоровых. Эти болезни «поддерживаются» только за счет мутаций, то есть повторного возникновения в популяциях тех же патологических генов, которые элиминируются отбором. При этом между мутационным процессом и отбором устанавливается равновесие, обуславливающее относительную стабильность числа больных, страдающих теми или иными наследственными заболеваниями в группах населения. Так, например, частота умственной отсталости (олигофрении) довольно стабильно поддерживается среди населения европейских стран в пределах 1-3 %. Однако не каждый патологический ген ведет к заболеваниям, которые отсеиваются отбором. Это относится к наследственным заболеваниям, проявляющимся в пожилом и старческом возрасте, когда репродуктивная деятельность человека закончилась. Поэтому столь высока заболеваемость гипертонической болезнью, атеросклерозом сосудов с сопутствующими им психическими расстройствами, а также психозами старческого возраста.

ЛЕКЦИЯ № 2

СЕМИОТИКА ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Расстройства восприятия

Восприятие — это целостное отражение нашим «Я» предмета или явления. К расстройствам восприятия относят иллюзии и галлюцинации.

Иллюзии

Иллюзиями называют ошибочное, измененное восприятие реально существующих предметов или явлений. Иллюзии могут быть как у психически больных, так и у совершенно здоровых людей. У здоровых могут возникать физические, физиологические иллюзии, а также иллюзии невнимания.

Физические иллюзии основаны на законах физики. Например, восприятие преломления предмета на границе различных прозрачных сред (ложка в стакане воды кажется преломленной, по этому поводу еще Декарт говорил: «Мой глаз ее преломляет, а мой разум выпрямляет»). Подобной иллюзией является мираж.

Физиологические иллюзии связаны с особенностями функционирования анализаторов. Если человек долго смотрит на движущийся поезд, у него появляется ощущение, что состав стоит на месте, а он как бы мчится в противоположную сторону. При внезапной остановке вращающейся

качели у сидящих в ней людей несколько секунд сохраняется ощущение кругового вращения окружающего. По той же причине маленькая комната, оклеенная светлыми обоями, кажется большей по объему. Или полный человек, одетый в черное платье, кажется более стройным, чем в реальности.

Иллюзии невнимания отмечаются в тех случаях, когда при чрезмерной заинтересованности фабулой литературного произведения психически здоровый человек не замечает очевидных грамматических ошибок и опечаток в тексте.

Иллюзии, связанные с патологией психической сферы, обычно разделяют на аффективные (аффектогенные), вербальные и парэйдолические.

Аффективные иллюзии возникают в ситуации аффекта или необычного эмоционального состояния (сильный страх, чрезмерное желание, напряженное ожидание и т.д.), в ситуации недостаточной освещенности окружающего пространства. Например, висящий на кресле галстук в полумраке может восприниматься как готовая к прыжку кобра. Аффективные иллюзии иногда отмечаются и у здоровых людей, ибо это искаженное восприятие связано с необычным эмоциональным состоянием.

Вербальные, или слуховые, иллюзии появляются также на фоне какого-либо аффекта и выражаются в ошибочном восприятии смысла разговоров окружающих людей, когда нейтральная речь воспринимается больным как угроза его жизни, ругательства, оскорбления, обвинения.

Парэйдолические (околообразные) иллюзии связаны с деятельностью воображения при фиксации взгляда на предметах, имеющих нечеткую конфигурацию. При этом расстройстве восприятие носит причудливо-фантастический характер. Например, в калейдоскопе вечно движущихся облаков человек может увидеть божественные картины, в рисунке обоев — миллионы мелких животных, в узорах ковра — свой жизненный путь. Парэйдолические иллюзии всегда возникают при сниженном тоне сознания на фоне различных интоксикаций и являются важным диагностическим признаком. В частности, этот вариант иллюзий может быть одним из первых симптомов начинающегося алкогольного делирия.

Галлюцинации

Галлюцинации — это расстройства восприятия, когда пациент видит, слышит и ощущает то, чего на самом деле в данной ситуации не существует. Это так называемое восприятие без объекта. Выделяют галлюцинации по органам чувств: *зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, общего чувства (висцеральные и мышечные)*.

Галлюцинации бывают простыми и сложными. Простые галлюцинации обычно локализируются в пределах одного анализатора (например, только слуховые или только обонятельные и пр.). Сложные (комбинированные, комплексные) галлюцинации — это сочетание двух и более простых галлюцинаций.

Например, пациент видит лежащего у него на груди огромного удава (зрительные обманы восприятия), который «угрожающе шипит» (слуховые), чувствует его холодное тело и огромную тяжесть (тактильные галлюцинации).

Кроме того, галлюцинации бывают истинными, более характерными для экзогенных психических заболеваний, при которых пациент видит отсутствующие в данный момент картины или слышит несуществующие звуки, и ложными (псевдогаллюцинации), чаще отмечаемыми при эндогенных расстройствах, в частности шизофрении. По существу псевдогаллюцинации включают в себя не только расстройства восприятия, но и патологию ассоциативного процесса, т.е. мышления.

Слуховые галлюцинации могут быть элементарными в виде шумов, отдельных звуков (*акоазмы*), а также в виде слов, речей, разговоров (*фонемы*). Кроме того, слуховые галлюцинации подразделяются на так называемые *оклики* (больной постоянно слышит, как его окликают по имени), императивные, комментирующие, угрожающие, контрастирующие (контрастные), речедвигательные и т.д.

Больная С, страдающая шубообразной шизофренией, так описала свои слуховые галлюцинации: «В ночь с 4 на 5 марта я очень плохо спала от страха, так как всю ночь слышала разные голоса. Самый неприятный голос принадлежал дьяволу. Он сказал, что пришел за мной, ибо при моем рождении он наложил на меня заклятие — проклятие. При исполнении мне 36 лет я должна уйти в другой мир — ад. И вот наступил этот день — 5 марта. Страшный голос дьявола рычал, что мне пора собираться, что сейчас он вывернет наизнанку все мои внутренности — это пропуск в ад. А в аду он выколет голубые мои глаза, проколет спину насквозь, сорвет с меня все ногти. Он добавил, что так делают со всеми вновь поступившими в ад. Другой голос, мягкий и нежный, появился для того, чтобы я смогла замолить все свои грехи и спасти мир от поганых чертей. Этот голос сказал, что если в данный момент я смогу побороть эту нечистую силу, жизнь моя изменится и я стану через пять лет всемирной целительницей».

Императивные (приказывающие, повелительные) вербальные галлюцинации выражаются в том, что больной слышит приказы, противиться которым он почти не может. Эти галлюцинации несут значительную угрозу для окружающих и самого больного, так как «приказывают» обычно убить, ударить, уничтожить, взорвать, выбросить ребенка с балкона, отрубить себе ногу и т.д.

Больной Х. в день смерти матери услышал «приказ с небес», запрещающий ее хоронить, так как «она, как Иисус Христос, через три дня воскреснет». Чтобы предотвратить тление, больной обмотал труп матери пленкой и поместил в холодильник, где она и пролежала не три дня, а три года.

Больная под действием императивных голосов выпрыгнула с шестого этажа и, угодив в сугроб, чудом осталась жива. В последующем то, что она осталась жива, ее мать расценила как факт психического здоровья («если бы она была больна, то разбилась бы, а раз она смогла спланировать в сугроб, значит она психически здорова»). Это лишний раз подтверждает мудрость народной поговорки — «Яблоко от яблони недалеко падает».

Комментирующие вербальные галлюцинации также весьма неприятны для больного и выражаются в том, что голоса постоянно как бы обсуждают все поступки больного, его мысли и желания. Иногда они настолько тягостны, что единственный способ избавиться от них больной находит в самоубийстве.

Больной Н. постоянно слышал, как голоса комментируют все его действия в туалете и телодвижения в постели, и, по его словам, это же слышали все жильцы дома. Чтобы избавиться от «этих комментариев», больной предпринял попытку самоожжения.

Угрожающие вербальные галлюцинации выражаются в том, что больные постоянно слышат словесные угрозы в свой адрес: их собираются зарубить, четвертовать, кастрировать, заставить выпить медленно действующий яд и т.д.

Больной К., злоупотребляющий алкоголем, поздно ночью услышал из близлежащей поликлиники голос лечащего врача, угрожающего «разобрать его на запасные части», в частности «забрать сердце для пересадки президенту». Испугавшись, он побежал в отделение милиции, но по дороге слышал со стороны голоса других людей, грозивших сжечь его заживо, если только он посмеет пожаловаться.

Контрастирующие (антагонистические) вербальные галлюцинации носят характер группового диалога — одна группа голосов гневно осуждает больного, требует изощренно пытать и предать смерти, а другая — робко, неуверенно его защищает, просит отсрочки казни, уверяет, что больной исправится, перестанет пить, станет лучше, добрее. Характерно, что голоса не обращаются непосредственно к больному, а дискутируют между собой. Иногда, впрочем, они дают ему прямо противоположные распоряжения, например засыпать и одновременно петь. Этот вариант слуховых обманов восприятия является императивной разновидностью антагонистических галлюцинаций. К контрастирующим расстройствам относятся также клинические случаи, когда больной одним ухом слышит угрожающие, враждебно настроенные к нему голоса, а другим — доброжелательные, одобряющие его действия.

Тот же больной К., находившийся один в квартире, поздно вечером услышал группу голосов, из которых большинство очень активно и настойчиво требовали его четвертования или

утопления в ванне с водкой как недостойного человека, развалившего семью, потерявшего из-за алкоголя работу, пропившего все вещи, включая одежду ребенка. Другая группа голосов — как бы его адвокаты — весьма робко и с большими сомнениями предлагали дать больному последний шанс исправиться, закодироваться, вернуть семью. К. слышал «это собрание» всю ночь, пытался оправдываться, но его никто не слушал, голоса были заняты дискуссией между собой о его «несчастной жизни или уже предрешенной смерти».

Речедвигательные галлюцинации Сегла характеризуются уверенностью больного в том, что кто-то говорит его речевым аппаратом, воздействуя на мышцы рта и языка. Иногда речедвигательный аппарат произносит не слышимые окружающими голоса. Многие исследователи относят галлюцинации Сегла к разновидности псевдогаллюцинаторных расстройств.

Больной Г. по время беседы с врачом вдруг неожиданно начал говорить по-татарски, на удивленный вопрос врача ответил, что это говорил не он, его ртом управлял староста деревни, который плохо понимает и говорит по-русски.

Зрительные галлюцинации по своей представленности в психопатологии занимают второе место после слуховых. Они колеблются от элементарных (*фотопсии*) в виде дыма, тумана, искр до *панорамических*, когда больной видит динамические батальные сцены со множеством людей. Выделяют *зоопсии*, или зоологические зрительные обманы в виде различных агрессивных диких животных, нападающих на больного (чаще они отмечаются при алкогольном делирии).

Больной Я. видел множество зловонных маленьких крокодилов, которые с раскрытой пастью заползали к нему под одеяло и понемногу откусывали его половой орган и мошонку.

Демонические галлюцинации — больной видит образы мистических и мифологических существ (черти, ангелы, русалки, оборотни, вампиры и т.д.).

Больной С. был убежден в том, что его теща является родственницей Вия, он периодически видел, как она превращается в вампира и высасывает его кровь. Иногда она устраивала «кровавые пиры» с самим Дракулой, при этом больного всегда оставляли на десерт, ибо его кровь — «это и выпивка, и закуска одновременно».

Аутоскопические, или галлюцинаций двойника — пациент наблюдает одного или нескольких двойников, которые полностью копируют его поведение и манеры. Выделяют отрицательные аутоскопические галлюцинации, когда больной не видит своего отражения в зеркале. Аутокопии описаны при алкоголизме, при органических поражениях височных и теменных отделов головного мозга, при явлениях гипоксии после операции на сердце, а также на фоне выраженной психотравмирующей ситуации. Аутоскопические галлюцинации, по-видимому, испытывали Гейне и Гёте.

Микроскопические (лилипутные) галлюцинации — обманы восприятия носят уменьшенные размеры (множество гномиков, одетых в чрезвычайно яркие одежды, как в кукольном театре). Эти галлюцинации чаще встречаются при инфекционных психозах, алкоголизме и при интоксикации хлороформом и эфиром.

Больной М. видел множество маленьких, но крайне озлобленных и агрессивно настроенных к нему крыс, которые гонялись за ним по всей квартире.

Макроскопические обманы восприятия — перед больным предстают великаны, жирафоподобные животные, огромные фантастические птицы.

Больная Ц. внезапно увидела себя в окружении огромных летающих, ползающих и плавающих, но одинаково устрашающих ящеров, которые охотились за ней. Больная с ужасом поняла, что ее «перенесли в "Парк юрского периода"».

Полиоптические галлюцинации — множество одинаковых галлюцинаторных образов, как бы созданных под копирку, отмечаются при некоторых формах алкогольных психозов, например при белой горячке.

Аделоморфные галлюцинации — это зрительные обманы, лишённые четкости форм, объемности и яркости красок, бестелесные контуры людей, летающих в конкретном замкнутом

пространстве. Многие исследователи относят аделоморфные галлюцинации к особой форме псевдогаллюцинаций, характерны для шизофренического процесса.

Экстракампинные галлюцинации — больной видит уголком глаза позади себя вне поля обычного зрения какие-то явления или людей. Когда он поворачивает голову, эти видения мгновенно исчезают. Галлюцинации встречаются при шизофрении.

Больной С. видел уголком глаза, как стоящий позади него человек заносит руку с молотком для удара по его голове. Чтобы избежать удара, больной постоянно оборачивался, но ни разу так и не увидел нападающего.

Отрицательные, т.е. внушенные зрительные галлюцинации. Больному в состоянии гипноза внушают, что после выхода из гипнотического состояния он, например, не увидит на столе, заваленном книгами и блокнотами, абсолютно ничего. Действительно, после выхода из гипноза человек в течение нескольких секунд видит совершенно чистый и пустой стол. Эти галлюцинации, как правило, недолговечны. Они не являются патологией, а скорее свидетельствуют о степени гипнабельности человека.

В диагностике психического заболевания большое значение придается тематике зрительных галлюцинаций (как, впрочем, и слуховых). Так, религиозные темы галлюцинаций характерны для эпилепсии, образы погибших родственников и близких — для реактивных состояний, видения алкогольных сцен — для белой горячки.

Обонятельные галлюцинации представляют собой мнимое восприятие крайне неприятных, порой отвратительных запахов разлагающегося трупа, тления, горелого человеческого тела, испражнений, зловония, необычного яда с удушливым запахом. Нередко обонятельные галлюцинации невозможно отличить от обонятельных иллюзий. Иногда у одного и того же пациента существуют синхронно оба расстройства. Такие больные нередко стойко отказываются от приема пищи.

Больная С. в течение длительного времени отказывалась от завтрака, так как именно утренняя порция пищи имела запах больной женщины, выписанной ранее, которую «в подвале провернули на котлеты всему отделению».

Обонятельные галлюцинации могут возникать при различных психических заболеваниях, но прежде всего они характерны для органического поражения головного мозга с височной локализацией.

Вкусовые галлюцинации часто сочетаются с обонятельными и выражаются в ощущении наличия в ротовой полости гнили, «мертвечины», гноя, испражнений и т.д. Эти расстройства с одинаковой частотой встречаются как при экзогенных, так и эндогенных психических заболеваниях. Сочетание обонятельных и вкусовых галлюцинаций и иллюзий, например при шизофрении, указывает на злокачественность течения последней и плохой прогноз.

Больная Х. длительное время отказывалась от еды, так как попавшая ей в рот пища была всегда «со вкусом несвежего трупного человеческого мяса».

Тактильные галлюцинации представляют собой ощущение прикосновения к телу чего-то горячего или холодного (термические галлюцинации), появления на теле какой-то жидкости (гигрические), схватывания туловища со спины (гаптические), ползания по коже насекомых и мелких животных (наружная зоопатия), наличия под кожей «как бы насекомых и мелких животных» (внутренняя зоопатия).

Некоторые исследователи относят к тактильным галлюцинациям также симптом постороннего тела во рту в виде ниток, волос, тонкой проволоки, описанный при тетраэтилсвинцовом делирии. Этот симптом по существу является проявлением так называемых *рото-глоточных галлюцинаций*.

Тактильные галлюцинации весьма характерны для кокаиновых психозов, делириозного помрачения сознания различной этиологии, шизофрении. При последней тактильные галлюцинации нередко локализуются в области половых органов, что является неблагоприятным прогностическим признаком.

Висцеральные галлюцинации выражаются в ощущении в полостях тела каких-то мелких животных или предметов (в желудке живут зеленые лягушки, в мочевом пузыре они разводят головастиков).

Больная Ц., жившая в сельской местности, была убеждена в том, что вместе с болотной водой она проглотила икринку лягушки, икринка превратилась в головастика, а затем и во взрослую лягушку. Около года больная ходила к единственному в поселке врачу с просьбой удалить лягушку оперативным путем. В конце концов уставший от ее визитов неопытный врач симитировал операцию: больной дали наркоз, сделали разрез кожи по средней линии живота. Пока больная находилась под наркозом реальную лягушку посадили в банку и предьявили ее пришедшей в себя пациентке. Больная была счастлива несколько дней, но через неделю пришла к тому же врачу с заявлением о том, что жившая в ней ранее лягушка успела до операции выметать икру, и теперь больная вся «нафарширована» головастиками.

Функциональные галлюцинации возникают на фоне реального раздражителя и существуют до тех пор, пока действует этот раздражитель. Например, на фоне скрипичной мелодии пациент слышит одновременно и скрипку, и «голос». Как только смолкает музыка, прекращается и слуховое галлюцинирование. Другими словами, больной воспринимает параллельно и реальный раздражитель (скрипку), и голос императивного характера (что и отличает функциональные галлюцинации от иллюзий, так как здесь не происходит трансформации музыки в голоса). Выделяют зрительный, обонятельно-вкусовой, вербальный, тактильный и прочие варианты функциональных галлюцинаций.

Больной Ж. при шуме падающей воды в ванной комнате или при открытом кране на кухне слышал отборный мат соседа из квартиры этажом выше, направленный на больного. Эта «беседа» мгновенно прекращалась при выключении воды. Больной, весьма недалекий человек, решил, что сосед-физик научился передавать свои мысли через воду.

Близки к функциональным **рефлекторные галлюцинации**, которые выражаются в том, что при воздействии на один анализатор они возникают с других, но существуют лишь во время раздражения первого анализатора.

Например, при взгляде на определенную картину больной испытывает прикосновение чего-то холодного и мокрого к пяткам (рефлекторные гигрические и термические галлюцинации). Но как только он отводит взгляд от этой картины, эти ощущения мгновенно исчезают.

Кинестетические (психомоторные) галлюцинации проявляются в том, что у больных возникает ощущение движения некоторых частей тела помимо их воли, хотя на самом деле движений нет. Встречаются при шизофрении в рамках синдрома психического автоматизма.

Больной Н. почувствовал, как на его первом в жизни свидании его бедра, помимо воли, стали привольно вращаться.

Гипногогические и гипнопомпические галлюцинации появляются у больного перед засыпанием: на фоне закрытых глаз возникают различные видения, картины действия с включением других анализаторов (слухового, обонятельного и т.д.). Как только глаза открываются, видения мгновенно исчезают. Такие же картины могут появиться и в момент пробуждения, также на фоне закрытых глаз. Это так называемые *просоночные*, или *гипнопомпические*, галлюцинации.

Больная М. на фоне закрытых глаз в бодрствующем состоянии видела неподвижный портрет погибшего сына и умершего дяди, которые крутили пальцы у виска, намекая больной на ее психическое нездоровье.

Гипногогические и гипнопомпические галлюцинации часто бывают первым признаком начинающегося интоксикационного психоза, в частности алкогольного делирия.

Психосенсорные расстройства

В эту группу входят нарушения восприятия собственного тела, пространственных отношений и формы окружающей действительности, Они весьма близки к иллюзиям, но отличаются от последних наличием критики.

В группу нарушений сенсорного синтеза входят деперсонализация, дереализация, нарушения схемы тела, симптом уже виденного (пережитого) или никогда не виденного и т.д.

Деперсонализация — это убеждение больного в том, что его физическое и психическое «Я» каким-то образом изменились, но объяснить конкретно, что и как изменилось, он не может. Выделяют разновидности деперсонализации.

Соматопсихическая деперсонализация — больной утверждает, что изменилась его телесная оболочка, его физическое тело (кожа какая-то несвежая, мышцы стали желеобразными, ноги потеряли прежнюю энергичность и т.д.). Эта разновидность деперсонализации чаще встречается при органических поражениях головного мозга, а также при некоторых соматических заболеваниях.

Аутопсихическая деперсонализация — пациент ощущает измененность психического «Я»: стал черствым, индифферентным, равнодушным или, наоборот, гиперчувствительным, «душа плачет по незначительному поводу». Нередко он даже не может словесно объяснить свое состояние, просто констатирует, что «душа стала совершенно другой». Аутопсихическая деперсонализация весьма характерна для шизофрении.

Амопсихическая деперсонализация — следствие аутопсихической деперсонализации, изменение отношения к окружающей действительности «уже измененной души». Больной ощущает себя как бы другим человеком, изменилось его мироощущение, отношение к близким, он утратил чувство любви, сострадания, сопереживания, долга, способность соучастия к прежде любимым друзьям. Очень часто аллопсихическая деперсонализация сочетается с аутопсихической, образуя единый симптомокомплекс, характерный для шизофренического спектра заболеваний.

К особому варианту деперсонализации относится так называемая *потеря массы тела*. Больные ощущают, как масса их тела неуклонно приближается к нулю, на них перестает действовать закон всемирного тяготения, вследствие чего их может унести в космос (на улице) или же они могут взмыть под потолок (в здании). Понимая разумом нелепость подобных переживаний, больные тем не менее «для спокойствия души» постоянно носят с собой в карманах или портфеле какие-либо тяжести, не расставаясь с ними даже в туалете.

Дереализация ~ это искаженное восприятие окружающего мира, ощущение его отчуждения, неестественности, безжизненности, нереальности. Окружающее видится как нарисованное, лишённое жизненных красок, однообразно-серое и одномерное. Меняются размеры предметов, они становятся маленькими (микropsия) или громадными (макроепия), чрезвычайно ярко освещёнными (галереопсия) вплоть до появления ореола вокруг, окружающее окрашено в желтый (ксантопсия) или багрово-красный цвет (эритропсия), изменяется чувство перспективы (порропсия), форма и пропорции предметов, они кажутся как бы отраженными в кривом зеркале (метаморфопсия), перекрученными вокруг своей оси (дисмегалопсия), предметы удваиваются (полиопсия), при этом один предмет воспринимается как множество его ксерокопий. Иногда отмечается бурное перемещение окружающих предметов вокруг больного (оптическая буря).

От галлюцинаций дереализационные расстройства отличаются тем, что здесь налицо реальный объект, а от иллюзий — тем, что, несмотря на искажение формы, цвета и размера, больной воспринимает этот объект как именно этот, а не какой-либо другой. Дереализация часто сочетается с деперсонализацией, образуя единый деперсонализационно-дереализационный синдром.

С известной долей условности к особой форме дереализации-Деперсонализации можно отнести симптомы «уже виденного» (*deja*), «уже пережитого» (*deja vescu*), «уже слышанного» (*deja entendu*), «уже испытанного» (*deja eprouve*), «никогда не виденного» (*jamais vu*). Симптом «уже виденного», «уже пережитого» заключается в том, что больной, впервые попавший в незнакомую обстановку, незнакомый город, абсолютно уверен, что уже переживал именно эту ситуацию в этом же месте, хотя разумом понимает: в действительности он здесь впервые и никогда раньше этого не видел. Симптом «никогда не виденного» выражается в том, что в совер-

шенно знакомой обстановке, например в своей квартире, больной испытывает ощущение, что он здесь впервые и никогда ранее этого не видел.

Симптомы типа «уже виденного» или «никогда не виденного» — кратковременны, длятся несколько секунд и нередко встречаются у здоровых людей в связи с переутомлением, недосыпанием, умственным перенапряжением.

Близок к симптому «никогда не виденного» симптом «поворота объекта», встречающийся относительно редко. Он проявляется в том, что хорошо знакомая местность кажется перевернутой на 180 или более градусов, при этом у больного может наступить кратковременная дезориентировка в окружающей действительности.

Симптом «нарушения чувства времени» выражается в ощущении ускорения или замедления течения времени. Он не является чистым дереализационным, так как включает в себя и элементы деперсонализации.

Дереализационные расстройства, как правило, отмечаются при органическом поражении головного мозга с локализацией патологического процесса в области левой межпарьетальной борозды. В кратковременных вариантах они отмечаются и у здоровых людей, особенно перенесших в детстве «минимальную дисфункцию мозга» — *minimal brain damage*. В ряде случаев дереализационные расстройства носят пароксизмальный характер и свидетельствуют об эпилептическом процессе органического генеза. Дереализация может отмечаться также при интоксикации психотропными препаратами и наркотическими средствами.

Нарушение схемы тела (синдром Алисы в стране чудес, ауто-метаморфозия) — это искаженное восприятие величины и пропорций своего тела или отдельных его частей. Больной чувствует, как начинают удлиняться его конечности, растет шея, голова увеличивается до размеров комнаты, туловище то укорачивается, то удлиняется. Иногда отмечается ощущение выраженной диспропорции частей тела. Например, голова уменьшается до размеров мелкого яблока, туловище же достигает 100 м, а ноги простираются до центра Земли. Ощущения изменения схемы тела могут выступать изолированно или в комплексе с другими психопатологическими проявлениями, но они всегда крайне тягостны для больных. Характерной особенностью нарушений схемы тела является их коррекция зрением. Посмотрев на свои ноги, больной убеждается, что они обычных размеров, а не многометровые; посмотрев на себя в зеркало, он обнаруживает нормальные параметры своей головы, хотя и испытывает ощущение, что голова в диаметре достигает 10 м. Коррекция зрением обеспечивает критическое отношение больных к указанным расстройствам. Однако при прекращении контроля зрением пациент вновь начинает испытывать мучительное чувство измененности параметров своего тела.

Нарушение схемы тела часто отмечается при органической патологии головного мозга.

РАССТРОЙСТВА МЫШЛЕНИЯ

Мышление — это высшая форма психической деятельности человека, включающая в себя активную переработку чувственных ощущений и восприятия, т.е. это опосредованное отражение связей и отношений между предметами и явлениями объективного мира. В основе процесса мышления лежат такие операции, как анализ, синтез, сравнение, абстрагирование, обобщение, классификация признаков. В результате этих операций образуются понятия и умозаключения.

Понятие является отражением в сознании человека общих закономерностей и качеств предметов и явлений. В понятие включается познание реальной внутренней сущности того или иного явления или предмета.

В зависимости от степени абстрагирования и обобщения понятия носят конкретный или абстрактный характер. Поэтому и выделяют конкретно-образное и абстрактное мышление. Наглядно-образное, чувственное или конкретное мышление связано со словесными образами конкретных предметов, непосредственно познаваемых при помощи органов чувств. При абстрактном мышлении мы обобщаем, т.е. улавливаем совокупность существенных признаков, которые характерны для данного явления, отбрасывая всякие для него несущественные, частные признаки. Таким образом, возникают абстрактные понятия, например «животные», «деревья»,

«подводный мир». Они отличаются от конкретных понятий, например «носорог», «береза», «акула».

Умозаключение возникает в результате сравнения нескольких суждений, их сопоставления и, таким образом, заканчивает собой процесс мышления в качестве окончательного вывода.

Физиологической основой мышления является, как известно, вторая сигнальная система (И.П.Павлов), отражающая на более высоком уровне не только прошлое и настоящее, но и предстоящее путем образования временных связей — ассоциаций. Мышление материализуется в речь. Именно поэтому путем анализа речевой продукции человека можно судить о наличии или отсутствии у него патологии мышления.

Расстройства мышления разделяются на патологию ассоциативного процесса и патологию суждения.

Патология ассоциативного процесса

Ускорение мышления выражается в том, что условно за единицу времени образуется больше ассоциаций, чем в норме, при этом страдает их качество. Быстро сменяющиеся друг друга образы, представления, суждения, умозаключения крайне поверхностны. Обилие и легкость новых ассоциаций, спонтанно возникающих от любого зрительного, звукового, обонятельного и других раздражителей, отражается в речевой продукции, которая может напоминать так называемую пулеметную речь. От непрерывного говорения больные иногда даже теряют голос или же он становится хриплым, шепотным.

Для этого варианта нарушения мышления характерна повышенная отвлекаемость, мешающая больному довести до конца любое начинание. В голове так много мыслей, что они нередко принимают характер *скачки идей*. При этом мыслительный процесс и речевая продукция как бы имитируют бессвязность. Однако если эту речь записать на магнитофон и воспроизвести в медленном темпе, то можно определить в ней некий смысл, цель, чего никогда не бывает при бессвязности мышления.

Другим вариантом ускорения темпа мышления является *ментизм* (мантизм), который представляет собой возникающий помимо воли больного наплыв мыслей. Поток образов, представлений, воспоминаний обрушивается на больного в таком стремительном темпе, что он не может справиться с ними, теряется от их обилия, чувствует себя беспомощным. Некоторые исследователи считают ментизм вариантом идеаторного автоматизма синдрома Кандинского — Клерамбо при шизофрении или при органических психозах.

Ускорение ассоциативного процесса является обязательной производной маниакального синдрома различного генеза (аффективные расстройства, шизофрения, наркомания и т.д.).

Замедление мышления проявляется в заторможенности и бедности ассоциаций. Наиболее выражено замедление ассоциативного процесса в абсолютно «пустой голове, в которой мысли вообще не появляются». На вопросы больные отвечают односложно и после длительной паузы (латентный период речевых реакций возрастает по сравнению с нормой в 7 — 10 раз). Подобное нарушение обычно характерно для депрессивного синдрома, но может отмечаться при апатических и астенических состояниях, а также при легких степенях помрачения сознания.

Полная остановка течения мыслей (*иперунг* — термин немецких ^{ав}торов, *блокировка мыслей* — англоговорящих) происходит, когда на фоне ясного сознания и при отсутствии галлюцинаций больной на какое-то время теряет нить беседы, при этом в голове возникает ощущение пустоты, он перестает говорить и как бы приходит в себя лишь через некоторое время. Это расстройство весьма характерно для шизофрении.

Насильственное мышление характеризуется тем, что в сознании больного помимо воли и желания возникают случайные, малозначимые для него мысли или поток мыслей, от которого он избавиться не может. В таком случае говорят о «*наплыве мыслей*», или ментизме.

Патологическая обстоятельность мышления — это чрезмерная вязкость, тугоподвижность ассоциативного процесса, застревание на несущественных признаках, трудность переключения с одной темы на другую. Речь больных изобилует множеством ненужных деталей, так как они не в состоянии отличить главное от второстепенного, им кажется важной каждая

мелочь или оттенок обсуждаемой проблемы. Кроме того, нередко речь приобретает особые интонации, растягиваются слова, используются уменьшительно-ласкательные суффиксы.

Патологическая обстоятельность особенно характерна для эпилепсии (так называемое *лабиринтное мышление*), однако возможна при травмах головного мозга, сосудистых психозах и других видах психической патологии.

Персеверация мышления — застревание на одних и тех же представлениях, выражается в постоянном повторении какого-то слова или группы слов. Обычно это — правильный ответ на первый заданный больному вопрос. На все последующие вопросы он дает тот же первичный ответ. Так, на вопрос: «Сколько вам лет?», больной правильно отвечает: «65». И далее: «Как вас зовут?» — «65», «Где вы живете» — «65» и т.д.

Это состояние (так называемые стоячие симптомы) весьма характерно для атрофических процессов головного мозга (болезнь Пика, болезнь Алцгеймера), но может отмечаться при травматических и сосудистых психозах.

Вербигерация — спонтанное и стереотипное повторение каких-то слов, звуков или простых предложений. Возникает произвольно, чаще отмечается при шизофрении.

Парциализация мышления — характерна только для шизофрении. Выражается в том, что, по мнению больных, мыслить могут абсолютно все части тела.

Больной Б. научился распределять мыслительный процесс по всему телу, «чтобы мозг отдыхал». Когда он встречался с неприятным для себя человеком, он думал только ягодицами, когда ему нравилась какая-нибудь девушка, он начинал думать половым членом, когда занимался физическим трудом, думали руки, спина и живот, при чтении думали глаза и мышцы шеи и т.д.

Резонерство — склонность к пустому, бесплодному рассуждательству с отсутствием конкретных идей. Крайнюю бессодержательность и бедность суждений больной облакает в грамматически правильную, но пространную, порой витиеватую словесную форму^с использованием высокопарных выражений и обилием научных и философских терминов.

В качестве примера приведем высказывание больной С, математика по образованию, проходившей лечение по поводу приступа шизофрении:

«Если рассмотреть такое философское понятие, как личность и народ, можно прийти к следующему умозаключению: народ и личность неразрывно связаны между собой. Народ выдвигает из своих рядов личностей, которые развивают свой ум так, что додумываются до разрешения проблем, доселе неизвестных. В свою очередь, народ сам создает устное народное творчество, которое, в свою очередь, дает весомый вклад в разрешение законов жизни. Рассмотрим, например, труд Энгельса "Превращение обезьяны в человека", где он выдвигает идею — труд создал человека. А на протяжении многих веков человек придумал себе бога и даже бытовало понятие — бог создал человека. Так, можно отождествить: труд—бог. Аналогично рассуждая, можно прийти к выводу: мир - бог, свобода—бог и т.д.»

В англоговорящих психиатрических школах часто вместо термина «резонерство» используют понятия «интеллектуализация мышления» или «тангенциальное мышление».

Например, больной на вопрос врача о самочувствии отвечает: «Смотря что вы имеете в виду под самочувствием. Оно зависит не только от магнитного возмущения земной коры, но и от солнечной активности, которая подчиняется более общим космическим законам, и количества "черных дыр" в нашем участке Млечного пути. Кроме того, мое самочувствие напрямую зависит от эмоционального состояния микроорганизмов, обитающих в моем кишечнике».

В норме нечто, формально напоминающее резонерство, называется демагогией. Наличие в мышлении резонерства обычно свидетельствует о несвежем шизофреническом процессе.

Символическое мышление присуще всем людям — и здоровым, и больным. Есть символы, которые понятны если не всем, то большинству. Например, белый халат — символ врача, черная одежда — символ траура. При патологии ассоциативного процесса в виде символического мышления символы всегда сугубо индивидуальны и понятны только самому больному.

Нет двух больных с одинаковой символикой. Источником символического мышления может быть любой предмет, сказанная кем-то нейтральная фраза, любой цвет одежды, явление природы.

Например, больная З. расценивала дождь как слезы Вселенной по Поводу ее загубленной жизни, а красный цвет галстука — как намек на то, что она скоро будет гореть в «геене огненной». Символическое мышление также свидетельствует о несвежем шизофреническом процессе.

Больной Ж. в состоянии психоза с особым пристрастием смотрел на номера телефонов во время телевизионной рекламы. Если в телефонном номере была цифра 8, это сулило ему счастье в настоящем и будущем. Цифра 2 предвещала горе, несчастье, тяжелую болезнь и неверность жены. Чтобы это не сбылось, нужно было в течение 5 с выключить «виновный» канал и не включать его ровно 5 ч.

Паралогическое мышление развивается по законам кривой логики и понятно только самому больному. В мышлении отсутствует логическая связь, выводы, к которым приходит больной, нелепы и неадекватны. Чаще всего отмечается при шизофрении.

Например, больной заявляет: «Я плохо вижу, так как за окном глубокая осень». Далее разъясняет: «Осень — это предтеча зимы, увядания и гибели растительного мира. У меня снизилось зрение, это признак старости. Значит, я скоро умру вместе со всеми растениями страны». Другой больной заявил, что он маленького роста, так как его росту помешали военные действия в Индонезии.

Разорванность мышления — это утрата логической связи между представлениями, понятиями и идеями, хотя мысль при этом иногда облекается в правильную грамматическую форму. Например: «Богемность космической фантазмагии мешает замедлению учения Мичурина». Или: «Мечта сформировалась из остаточных продуктов полей орошения с завтрашним распределением крайней облачности над всей Испанией». Крайним вариантом разорванности является шизофазия или «словесная крошка», когда речевая продукция выражается в не связанных между собой отдельных словах или простых предложениях с обилием неологизмов (новые слова, составленные из приставки одного и корня, суффикса или окончания другого слова). Разорванность мышления типична для шизофрении.

Бессвязность мышления характеризуется полной хаотичностью и бессмысленностью ассоциативного процесса, речь состоит из отдельных, не связанных между собой слов. Несколько напоминая шизофазию, бессвязность отличается от нее тем, что всегда, возникает на фоне нарушенного сознания, в частности при аменции любого генеза.

Патология суждения

К патологии суждения относятся навязчивые состояния, сверхценные, бредаподобные и бредовые идеи.

Навязчивые состояния (обсессии)

Так называют разнообразные мысли, влечения, страхи, сомнения, представления, непроизвольно вторгающиеся в сознание больного, который прекрасно понимает всю их нелепость и в то же время не может с ними бороться. Обсессии как бы навязываются человеку, избавиться от них усилием воли он не может.

Навязчивые мысли могут эпизодически появляться и у психически здоровых. Они часто связаны с переутомлением, иногда возникают после бессонной ночи и обычно носят характер навязчивых воспоминаний (какой-либо мелодии, строчки из стихотворения, числа, имени и т.д.). Навязчивые явления условно разделяются на две группы: *отвлеченные*, или *аффективно-нейтральные*, т.е. протекающие без аффективных реакций навязчивости — навязчивый счет, бесплодное мудрствование, навязчивые действия;

образные, или *чувственные навязчивости*, протекающие с выраженным аффектом — контрастные представления (хульные мысли, навязчивые чувства антипатии к близким людям, навязчивые влечения), навязчивые сомнения, навязчивые страхи (фобии) и т.д.

Навязчивый счет заключается в непреодолимом стремлении считать встречные машины определенного цвета, прохожих, светящиеся окна, собственные шаги и т.д.

Навязчивые мысли (бесплодное мудрствование) заставляют человека постоянно думать, например, о том, что было бы, если бы Земля по форме оказалась кубом, где в таком случае находился бы юг или север, или как бы передвигался человек, если бы у него было не две, а четыре ноги.

Навязчивые действия выражаются в произвольном, автоматическом выполнении каких-либо движений. Например, во время чтения человек механически наматывает на палец прядь волос или покусывает карандаш, или автоматически поедает одну за другой лежащие на столе конфеты.

Отвлеченные навязчивости, особенно навязчивые действия, часто встречаются не только у больных, но и у психически совершенно здоровых людей.

Навязчивые воспоминания проявляются в постоянном произвольном воспоминании какого-то неприятного, компрометирующего факта из жизни больного. Эта актуализация всегда сопровождается отрицательно окрашенными эмоциями.

Контрастные навязчивости включают в себя, как уже указывалось, хульные мысли, чувство антипатии и навязчивые влечения.

Хульные мысли — это навязчивые, циничные, оскорбительные представления в отношении определенных лиц, религиозных и политических деятелей, других людей, к которым больной в действительности относится с большим уважением или даже пиететом. Например, во время церковной службы у глубоко религиозного человека возникает непреодолимое желание выкрикнуть оскорбление в адрес Бога или ангелов. Или во время встречи первокурсников с ректором института у одного студента возникает непреодолимое желание крикнуть, что ректор — дурак. Это желание было столь интенсивным, что студент, зажав себе рот, пулей выскочил из актового зала. Хульные мысли всегда сопровождаются выраженным аффектом, они чрезвычайно тягостны для больных. Следует подчеркнуть, однако, что хульные мысли, как и все контрастные навязчивости, никогда не реализуются.

Навязчивое чувство антипатии заключается в том, что у больного помимо его желания возникает мучительно-непреодолимое чувство острой неприязни и ненависти к наиболее близким и любимым людям, например к матери или собственному ребенку. Эти навязчивости протекают с особенно выраженным аффектом страха.

Навязчивые влечения выражаются в появлении у пациента острого желания ударить уважаемого им человека, выколоть глаза своему начальнику, плюнуть в лицо первому встречному, помочиться на виду у всех.

Больной всегда понимает нелепость и болезненность этих влечений и всегда активно борется с их реализацией. Эти навязчивости протекают с выраженным страхом и тревожными опасениями.

Навязчивые сомнения — крайне неприятное тягостное чувство, которое переживает пациент, сомневаясь в законченности того или иного действия. Так, врач, выписавший больному рецепт, длительное время не может избавиться от постоянно гложущего его сомнения в том, правильно ли он в рецепте указал дозу, не будет ли эта доза смертельной и т.д. Люди с навязчивыми сомнениями, уходя из дома, неоднократно возвращаются, чтобы проверить, выключен ли газ или свет, хорошо ли закрыт кран в ванной комнате, плотно ли закрыта дверь и т.д. Несмотря на многочисленные проверки напряженность сомнений не снижается.

Овладевающие представления — это принятие неправдоподобного за действительность вопреки сознанию. На высоте развития овладевающих представлений критическое отношение к ним и осознание их болезненности исчезают, что сближает такие расстройства со сверхценными идеями или бредом.

Навязчивые страхи (фобии) — мучительное и чрезвычайно интенсивное переживание чувства боязни тех или иных обстоятельств или явлений при критическом отношении и попытках бороться с этим чувством. Фобий достаточно много. Наиболее часто встречаются:

Агорафобия — навязчивый страх открытых пространств (площадей, улиц).

Акрофобия (гипсофобия) — навязчивый страх высоты, глубины.

Алгофобия — навязчивый страх боли.
Антропофобия — навязчивый страх контактов с людьми вообще, независимо от пола или возраста.
Астрофобия — навязчивый страх грома (молнии).
Вертигофобия — навязчивый страх головокружения.
Вомитофобия — навязчивый страх рвоты.
Гелиофобия — навязчивый страх солнечных лучей.
Гематофобия — навязчивый страх крови.
Гидрофобия — навязчивый страх воды.
Гинекофобия — навязчивый страх контактов с женщинами.
Дентофобия — навязчивый страх зубных врачей, стоматологического кресла и инструментов.
Зоофобия — навязчивый страх контактов с животными.
Кайтофобия — навязчивый страх перемены обстановки.
Клаустрофобия — навязчивый страх замкнутых пространств, помещений (квартира, лифт и т.д.).
Ксеноскопофобия — навязчивый страх чужого взгляда.
Мизофобия — навязчивый страх загрязнения.
Некрофобия — навязчивый страх мертвых, трупов.
Никтофобия — навязчивая боязнь темноты.
Нозофобия — навязчивый страх заболеть (СПИДофобия — страх заболеть СПИДом, кардиофобия — страх любого сердечнососудистого заболевания, канцерофобия — страх заболеть онкологическим заболеванием, сифилофобия — страх заболеть сифилисом, фтизиофобия — страх заболеть туберкулезом легких, в том числе — чахоткой).
Оксиофобия — навязчивый страх острых предметов.
Перофобия — навязчивый страх священников.
Петтофобия — навязчивый страх общества.
Ситиофобия (октофобия) — навязчивый страх приема пищи.
Сидеродромофобия — навязчивый страх езды в поезде.
Танатофобия — навязчивый страх смерти.
Трискайдекфобия — навязчивый страх числа 13.
Тафефобия — навязчивый страх быть погребенным заживо.
Урофобия — навязчивый страх неодолимого позыва к мочеиспусканию.
Фобофобия — навязчивый страх страха у человека, когда-либо пережившего эпизод навязчивого страха, это страх повторе-^ни фобии.
Хроматофобия — навязчивый страх ярких красок.

Существует множество других, менее известных фобий (всего их более 350 видов).

Фобии всегда сопровождаются выраженными вегетативными реакциями вплоть до возникновения панических состояний. Тогда же, на высоте страха может на некоторое время исчезать критическое отношение к фобиям, что усложняет дифференциальную диагностику навязчивостей от бредовых идей.

Больной И., 34 лет, страдающий синдромом раздраженной толстой кишки (психогенный понос + психогенная боль в толстой кишке), длительное время подозревал, что его проблемы со стулом обусловлены раком толстой кишки (канцерофобия) или сифилитическим поражением (сифилофобия), или СПИДом (спидофобия). По поводу подозреваемых заболеваний неоднократно обследовался в соответствующих медицинских учреждениях, несмотря на негативные результаты анализов, врачам не верил. Лечился у ясновидящих, знахарок, которые охотно подтверждали его подозрения, пока он был в состоянии платить. Попав в I санаторное отделение психиатрической больницы, он каждый день просил, чтобы лекарство набирали в одноразовый шприц при его присутствии, так как панически боялся заразиться СПИДом через шприц.

Ритуалы — навязчивые действия, которые больной осознанно вырабатывает как необходимую защиту (своеобразное заклинание) от доминантной obsesии. Эти действия,

имеющие значение заклинания, производятся, несмотря на критическое отношение к навязчивостям, с целью защиты от того или иного мнимого несчастья.

Например, при агорофобии больной перед выходом из дома совершает какое-то одно действие — в определенном порядке переставляет книги на столе или несколько раз поворачивается вокруг оси, или совершает несколько прыжков. При чтении человек регулярно пропускает десятую страницу, ибо это возраст его ребенка, пропуск же соответствующей страницы «предохраняет» ребенка от болезней и смерти.

Ритуалы могут выражаться в воспроизведении больным вслух, шепотом или даже мысленно какой-либо мелодии, известной поговорки или стихотворения и т.д. Характерно, что после совершения подобного обязательного обряда (ритуала) наступает относительное спокойствие, и больной может на время преодолеть доминантную навязчивость. Другими словами, ритуал — это второстепенная навязчивость, сознательно вырабатываемая больным как метод борьбы с основными obsessions. Поскольку ритуалы являются по своему содержанию навязчивым действием, больной обычно не в состоянии преодолеть потребность в его совершении. Иногда ритуалы приобретают характер сделанности (явления психического автоматизма) или кататонических стереотипий.

Навязчивые состояния нельзя отнести только к патологии мышления, так как при них, особенно при образных obsessions, значительно выражены и эмоциональные расстройства в виде страха тревожных опасений. В связи с этим вспомним, что в свое время С.С.Корсаков, а до него Ж. Морель, утверждали, что при навязчивых состояниях страдает как интеллектуальная, так и эмоциональная сфера.

Навязчивые состояния отличаются от сверхценных и бредовых идей тем, что больной критически относится к своим навязчивостям, расценивая их как нечто чуждое его личности. Кроме того, и это чрезвычайно важно, он всегда пытается бороться со своими obsessions.

Навязчивые идеи иногда могут перерасти в бредовые представления или по крайней мере — быть источником последних (В.П.Осипов). В отличие от бреда навязчивости обычно имеют непостоянный характер, возникают эпизодически, как бы приступами.

Навязчивые состояния часто встречаются при неврозах (особенно при неврозе навязчивых состояний), психопатиях *тормозимого* круга, аффективных расстройствах (главным образом при депрессиях) и при некоторых психозах (например, при невротоподобной шизофрении).

Сверхценные идеи

Сверхценными (доминирующими, гиперквантивалентными) считаются чрезвычайно эмоционально заряженные и правдоподобные идеи, не носящие нелепый характер, но имеющие по каким-то причинам огромное значение для пациента. Это ошибочные либо односторонние суждения или группа суждений, которые вследствие своей резкой аффективной окраски получают перевес над всеми остальными идеями и доминируют в течение длительного времени.

Они вытекают обычно из реальных событий, и им придается гиперквантивалентная значимость. Весь строй мыслей и чувств подчинен одной сугубо субъективной идее. Творческие увлечения (особенно в грубо утрированной форме) людей с художественным складом личности несколько напоминают сверхценные идеи.

Примером сверхценных идей может быть открытие или изобретение, которому автор придает неоправданно большое значение. Он в категорической форме настаивает на немедленном внедрении его в практику не только в предполагаемой сфере, но и в смежных областях. Несправедливое, по убеждению больного, отношение к его творчеству вызывает ответную реакцию, которая превалирует в его сознании; внутренняя переработка больным ситуации не уменьшает, а, наоборот, усиливает остроту и аффективный заряд переживания. Как правило, это ведет к кверулянтной борьбе (сутяжничеству), предпринимаемой больным с целью восстановления «справедливости».

Пациент, в детстве писавший стихи, одно из которых даже опубликовали в районной газете, начинает считать себя незаурядным, самобытным поэтом, вторым Есениным, которого игнорируют и не печатают из-за зависти и «окружающего недоброжелательства». Вся его жизнь

по существу превратилась в цепь последовательных доказательств своей поэтической одаренности. Больной постоянно говорит не о поэзии, а о своем месте в ней, носит как доказательство свое когда-то опубликованное стихотворение и не к месту его декламирует, легко отбрасывает все контраргументы собеседников. Будучи фанатиком своей поэзии, он во всех остальных аспектах жизни выявляет совершенно адекватный стиль существования.

Сверхценными могут быть не только идеи собственной значимости, но и ревности, физического недостатка, сутяжничества, недоброжелательного отношения, материального ущерба, ипохондрической фиксации и т.д.

При благоприятной для пациента ситуации сверхценные идеи постепенно тускнеют, теряют эмоциональную насыщенность (напряженность) и дезактуализируются. Но при неблагоприятном развитии событий, в частности при хронической стрессовой ситуации, сверхценные идеи могут превращаться в бред.

От obsessions сверхценные идеи отличаются отсутствием чувства навязчивости и чуждости, от бреда — тем, что при сверхценной идее происходит запоздалое патологическое преобразование естественной реакции на реальные события. Сверхценные идеи часто встречаются при психопатиях (особенно при паранойяльной форме), но они могут формироваться и в структуре психотических состояний.

Бредовые идеи

Бред — это неправильное, ложное умозаключение, имеющее колоссальное значение для больного, пронизывающее всю его жизнь, всегда развивающееся на патологической почве (на фоне психического заболевания) и не поддающееся психологической коррекции извне.

Содержание бредовых высказываний душевно больных, как правило, отражает идеологическое учение эпохи, социальные отношения, уровень культуры, научные и технические достижения общества.

По тематике переживаний или по содержанию бред делится на три группы: персекуторный бред, бредовые идеи величия, бредовые идеи самоуничтожения (или группа депрессивного бреда).

В группу персекуторного бреда входит собственно *бред преследования* — больной стойко убежден в том, что его постоянно преследуют люди из «определенных организаций». С целью избежать слежки, «избавиться от хвоста» они мгновенно меняют один вид транспорта на другой, на полном ходу выскакивают из трамвая или автобуса, в последнюю секунду перед автоматическим закрытием дверей покидают вагон в метро, «квалифицированно замечают следы», но тем не менее постоянно чувствуют себя жертвой охоты, «его постоянно ведут».

Больной X. в течение полугода исколесил всю страну (так называемая бредовая миграция), пытаясь избавиться от «слежки», постоянно менял поезда и направления, высаживался на первой попавшейся станции, но по голосу диктора вокзала, по выражению лица дежурного милиционера или случайного прохожего понимал, что его «сдали одни и приняли другие преследователи». В круг преследователей входят не только сотрудники по работе, родственники, но и совершенно посторонние, незнакомые люди, а иногда даже домашние животные и птицы (синдром Дудитл).

Бред отношения выражается в том, что больной убежден в плохом к нему отношении со стороны окружающих, которые осуждают его, презрительно посмеиваются, особым образом «перемигиваются», насмешливо улыбаются. По этой причине он начинает уединяться, перестает посещать общественные места, не пользуется транспортом, так как именно в обществе людей особенно остро чувствует недоброжелательное к себе отношение.

Разновидностью бреда отношения является *бред особого смысла* или *особого значения*, когда тривиальные события, явления или детали туалета больной трактует роковым для себя образом.

Так, больной Ц., увидев врача в ярком галстуке, решил, что это намек на то, что его скоро публично повесят и сделают из его казни «яркое шоу».

Бред отравления — стойкое убеждение больного в том, что его хотят отравить, с этой целью в пищу постоянно подсыпают яд или дают смертельные таблетки (уколы) под видом

лекарств, подмешивают цианистый калий в кефир или молоко уже в магазине. По этой причине больные отказываются от еды, приема лекарств, активно сопротивляются проведению инъекций. В домашних условиях они питаются тем, что приготовят сами, или консервами в металлической упаковке.

Больная К. отказывалась от еды, так как медсестры, по ее словам, травят больных, подсыпая яд в пищу, чтобы освободить места для следующей партии больных.

Бред сутяжничества (кверулянтский бред) проявляется в упорной борьбе по отстаиванию своих якобы поправленных прав. Больные обращаются с жалобами во всевозможные инстанции, собирают огромные количества документов. Этот вид бреда характерен для шизофрении и некоторых форм психопатий.

Бред материального ущерба связан со стойкой убежденностью больного в том, что его постоянно обворовывают соседи по лестничной площадке или подъезду. «Кражи» обычно маломасштабны, они касаются мелких предметов (чайная ложка или старая полуразбитая чашка), старой одежды (ветхий халат, используемый в качестве половой тряпки), продуктов (исчезло три кусочка сахара или несколько глотков пива из бутылки). У больных с подобным бредом в квартире, как правило, двойные металлические двери с несколькими сложными замками, а нередко и с мощным засовом. Тем не менее, стоит им отлучиться из квартиры на несколько минут, как при возвращении они обнаруживают следы «воровства» — то украли кусок хлеба, то «откусили» яблоко или унесли старую половую тряпку.

Больные, как правило, обращаются за помощью в милицию, пишут многочисленные жалобы на «соседей-воров» в органы правопорядка, товарищеские суды, депутатам. Иногда бред материального ущерба логически вытекает из бреда отравления — травят, чтобы завладеть имуществом, квартирой, дачей. Бред материального ущерба особенно характерен для пресенильных и сенильных психозов.

Бред воздействия — это ложная убежденность больного в том, что на него на расстоянии действуют гипнозом, телепатией, лазерными лучами, электрической или ядерной энергией, компьютером и т.д. с целью управления его интеллектом, эмоциями, движениями для выработки «нужных поступков». Особенно часто встречается бред психического и физического воздействия, входящие в структуру так называемых психических автоматизмов при шизофрении!

Больная Т. была убеждена в том, что на нее в течение 20 лет воздействуют «восточные мудрецы». Они читают ее мысли, заставляют работать ее мозги и пользуются результатами ее «духовной интеллектуальной рая боты», потому что «они хотя и мудрецы, но круглые идиоты и сами ни на что не способны». Они и мудрость черпают у больной. Кроме того, на нее воздействуют все люди неславянской внешности, они по собственному желанию изменяют стиль ее мышления, путают в голове мысли управляют ее движениями, устраивают ей неприятные сновидения, насильственно заставляют вспоминать самые неприятные моменты ее жизни, устраивают болевые ощущения в сердце, желудке, кишечнике, устраивают ей «стойкий запор», они же «устраивают ей разную степень красоты, делая ее то красавицей, то уродиной».

Отмечается также бред положительного воздействия: на больного влияют ангелы, они улучшают или исправляют его судьба чтобы после смерти он предстал перед Богом в более выгодном свете. Иногда больные сами могут воздействовать на окружающих людей или предметы. Так, больной Б. через телевизор устанавливал контакт со спутниками и таким образом мог видеть «недоступные каналы» с сексуальной тематикой.

Бред инсценировки — восприятие реальной обстановки как «ненастоящей», подстроенной специально, при этом вокруг пациента разыгрывается спектакль, лежащие вместе с ним больные — это переодетые сотрудники спецслужб, других карательных организаций или же «подрабатывающие из-за бедности актеры».

Бред обвинения — болезненная убежденность больного в том, что окружающие люди постоянно обвиняют его в различных преступлениях, авариях, катастрофах и трагических происшествиях. Пациент вынужден все время оправдываться, доказывать свою невиновность и непричастность к тем или иным преступлениям.

Бред ревности — больному начинает казаться, что его жена без всякой на то причины становится безразличной к нему, что она получает подозрительные письма, заводит в тайне от него новые знакомства с большим количеством мужчин, приглашает их в гости в его отсутствие. Страдающие этим бредом во всем видят следы измены, постоянно и пристрастно проверяют постельное и нижнее белье супруги (супруга). Находя какие-либо пятна на белье, расценивают это как абсолютное доказательство измены. Для них характерна крайняя подозрительность, тривиальные поступки супруги (супруга) интерпретируются как признак развращенности, похотливости. Бред ревности типичен для хронического алкоголизма и некоторых алкогольных психозов, он подкрепляется снижением потенции. Впрочем эта патология может отмечаться и при других психических расстройствах. Иногда бред ревности носит весьма нелепый характер.

Иногда в бред ревности включаются не супруги, а любовники, любовницы. При этом варианте расстройств больной ревнует любовницу к ее мужу, совершенно не обращая внимание на реалм ную измену собственной жены. Бред ревности, особенно при хроническом алкоголизме, нередко приводит к правонарушениям в виде убийства жены (мужа), мнимых любовников (любовниц) или кастрации.

Бред колдовства, порчи — болезненная убежденность больного в том, что его околдовали, навели порчу, сглазили, занесли какую-то тяжелую болезнь, отняли здоровье, заменили «здоровое биополе на болезненное», «навели черную ауру». Такой бред следует отличать от обычного заблуждения суеверных людей и культуральных особенностей различных групп населения.

Больная С. вспомнила, что ежедневно покупала хлеб в булочной, где продавцом была хмурая женщина с поразительно острым взглядом. Больная внезапно поняла, что ее сглазила и отняла все здоровье эта продавщица. Не зря она стала в последние дни здороваться с С. и «подобрела», «вероятно, мое здоровье, которое она у меня отняла, ей очень хорошо подошло».

Бред одержимости выражается в убежденности больного, что в него вселилось какое-то другое живое существо («нечистая сила черт, оборотень, вампир, бес, божество, ангел, другой человек. При этом больной не теряет своего «Я», хотя может утрачивать власть над собственным телом, в любом случае в его теле сосуществуют (мирно или немирно) два разных создания. Этот вид бреда относится к архаическим бредовым расстройствам и нередко комбинируется с иллюзиями и галлюцинациями.

Больная Л. утверждала, что в нее вселился Кристи (уменьшительно-ласкательное от слова Иисус Христос в английском варианте). Он находился внутри ее тела и управлял ее движениями, по возможности контролировал ее мысли и потребности. Совместная мирная жизнь длилась недели две, после чего он стал выходить из больной по ночам и изменял ей с другими женщинами. С этим больная смириться не могла и ежедневно, дождавшись его возвращения, устраивала ему скандалы, не особенно стесняясь в выражениях. Вскоре Кристи это надоело и он предложил, боля ной улететь с ним в рай, «где не принято ревновать и ругаться». Для этого ей надо было выйти на балкон девятого этажа и прыгнуть вниз. Крися должен был подхватить ее на свои крылья на уровне восьмого этажа вознести. Больная пыталась выбраться с балкона, но была задержана соседкой. В психиатрической больнице она, естественно, находилась в женском отделении и постоянно страдала от невероятной ревности, потому что Кристи стал выходить из нее не только ночью и изменял ей со всеми более менее симпатичными больными, которым пациентка предъявляла претензии, обзывала их, пыталась бить. Больная всегда четко отделяв себя от Кристи, знала, когда он в ней, а когда выходил «распутничать».

Бред метаморфозы проявляется у больного, который полагает, что он превратился в какое-то одушевленное живое существо (зооантропия), например в волка, медведя, лису, лебедя, журавля или в другую птицу. При этом больной теряет свое «Я», не помнит себя человеком и, как животное, в которое он превратился, воет, рычит, угрожающе скалит зубы, кусается, визжит, бегаёт на четвереньках, «летает», воркует, клюёт окружающих, лакает пищу и т.д. В последнее время в связи с появлением большого количества фильмов и книг о Дракуле и его сообщниках стал весьма актуальным *бред вампиризма*, когда больной убежден, что он по каким-то причинам превратился в вампира и начинает вести себя как вампир. Однако в отличие от своего лите-

ратурного или кинематографического брата он никогда не нападает на других людей и тем более не убивает их. Больной с соответствующим бредом достает кровь или в медицинских учреждениях, или, подвизавшись около бойни, пьет кровь только что забитых животных.

Значительно реже превращение осуществляется в неодушевленный предмет.

Больной К., «ставший электровозом», пытался подзарядиться энергией из электророзетки и только чудом остался жив. Другой больной, превратившийся в паровоз, грыз каменный уголь и пытался передвигаться на четвереньках по рельсам, издавая паровозные гудки (он жил недалеко от железнодорожной станции).

Бред интерметаморфозы часто сочетается с бредом инсценировки и проявляется убежденностью в том, что окружающие люди подверглись значительным внешним и внутренним изменениям.

Бред положительного двойника отмечается, когда больной совершенно незнакомых ему людей считает своими родственниками или друзьями, а внешнее несходство объясняет удачным гримом. Так, больная Д. считала, что ее сына и мужа «похитили чеченцы», а чтобы она не переживала, «подсунули» ей их профессионально загримированных двойников.

Бред отрицательного двойника проявляется в том, что своих родственников и друзей больной считает совершенно незнакомыми, чужими людьми, специально загримированными под его близких. Так, больной Х., жену которого якобы убили бандиты и взамен «внедрили» в семью ее копию, относился к последней с сочувствием, жалел ее, каждый вечер ласково уговаривал пойти в милицию и «во всем признаться».

Бред тугоухих и *бред иноязычного окружения* — частные разновидности бреда отношения. Первый отмечается при дефиците вербальной информации при снижении слуха, когда больной убежден, что окружающие постоянно говорят о нем, критикуют и осуждают его. Второй встречается достаточно редко, он может проявиться у человека в иноязычном окружении в виде убежденности, что окружающие негативно о нем отзываются.

Бред чужих родителей выражается в том, что биологические родители, по мнению больного, являются подставными или просто воспитателями или двойниками родителей. «Действительные» же родители занимают важные посты в государстве или являются выдающимися, но законспирированными шпионами, скрывающими до поры до времени свои родственные связи с больным.

Больной Ч. считал, что в возрасте двух месяцев его похитили «советские подданные», которые и стали формально его родителями. Подлинные же его родители — ближайшие родственники королевы Великобритании. К советским родителям относится пренебрежительно, как к людям, которые обязаны его обслуживать. В школе учился плохо, с трудом окончил шесть классов. Однако в больнице утверждал, что по «саундальной связи» (неологизм от англ. *saund* — звук) он окончил Кембриджский университет, официально работает советником американского президента Картера по кремлевским вопросам. Часто «путем геоперехода» (неологизм) бывает в США, ему не нужны никакие самолеты. Несколько раз реально пытался проникнуть на территорию английского посольства с идеями о своих близких родственных связях с королевой Великобритании. Во всех своих неудачах обвиняет «советских воспитателей» (т.е. родителей), отношение к которым со временем становится все более негативным. «Высокомерная снисходительность» к ним в начале болезни сменилась откровенной агрессией.

Бредовыми идеями величия называют группу расстройств, в которую входит бред высокого происхождения, бред богатства, бред изобретательства, реформаторский бред, любовный, или эротический, бред, а также альтруистический и манихейский бред.

Бред высокого происхождения заключается в том, что больной непоколебимо убежден в своей принадлежности к знатному роду, известному если не всему миру, то всей стране, что он сын важного государственного деятеля, популярной кинозвезды или имеет внеземное космическое происхождение.

Больная, родившаяся в Крыму, была уверена в том, что она является последней из рода Данте, так как один из родственников поэта в свое время жил там же. Другой больной утверждал,

что он — плод насильственной любви инопланетянина и земной женщины, происходящей, в свою очередь, от Иисуса Христа. Еще один больной утверждал, что он потомок внебрачного сына Николая II и на этом основании претендовал на российский престол. Уже неоднократно упоминавшийся больной Ж. был убежден, что по мужской линии он потомок пророка Мухаммеда, более того — самый гениальный за всю историю человечества. Он способен продуцировать великие идеи по переустройству экономической и политической жизни России. Специально, чтобы улавливать эти неосознанные еще им самим гениальные идеи, в космос отправляются русские космонавты, ибо эти идеи становятся понятными только вне Земли. Американские же астронавты летают для того, чтобы «заглушить» эти мысли, сами же понять и тем более реализовать их они не в состоянии.

Бред богатства — это ложная убежденность человека в том, что он богат. Этот бред может быть правдоподобным, когда объективно нищий утверждает, что на его счету в банке 5 тыс. рублей, и нелепым, когда больной уверен, что все алмазы мира принадлежат ему, что у него несколько сделанных из золота и платины домов в разных странах, которые также являются его собственностью. Так, Г. де Мопассан уже перед самой смертью утверждал, что семья Ротшильдов оставила все свои капиталы именно ему.

Бред изобретательства — больной убежден, что он сделал выдающееся открытие, нашел лекарство от всех неизлечимых болезней, вывел формулу счастья и вечной молодости (средство Макропулоса), открыл все недостающие химические элементы в таблице Менделеева.

Больной Ф., проведя два часа в очереди за мясом, изобрел формулу искусственного мяса. Формула состояла из химических элементов ($C_{38}H_{21}$), находящихся в воздухе, поэтому он предлагал «штамповать мясо прямо из атмосферы», «чтобы навсегда решить проблему голода на Земле». С этой идеей он начал ходить по разным инстанциям, пока не угодил в психиатрическую больницу.

Реформаторский бред связан с уверенностью больного в своей способности преобразовать существующий мир путем, например, изменения скорости вращения Земли вокруг своей оси и общего изменения климата в благоприятную сторону. Реформаторство нередко имеет политическую подоплеку.

Больная Ц. утверждала, что на южном и северном полюсах нашей планеты нужно одновременно взорвать по водородной бомбе. В результате изменится скорость вращения Земли вокруг своей оси, в Сибири (больная из Сибири) будет тропический климат и станут произрастать ананасы и персики. То, что от таяния ледников многие страны будут затоплены, больную совершенно не волновало. Главное — что в ее любимой Сибири наступит жара. С этой идеей она неоднократно обращалась в Сибирское отделение Академии наук, а когда ее «не поняли», приехала в Москву.

Любовный, эротический бред проявляется в патологической убежденности больного в том, что его на расстоянии любит известный человек, который выражает свои чувства цветом одежды, многозначительными паузами во время теледебатов, тембром голоса, жестиком. Больные обычно преследуют предмет своего обожания, вторгаются в его личную жизнь, тщательно изучают распорядок дня и часто устраивают «неожиданные встречи». Нередко любовный бред сопровождается бредом ревности, что может привести к определенным правонарушениям. Иногда эротический бред принимает откровенно нелепые формы. Так, больной Ц., страдающий прогрессирующим параличом, утверждал, что все женщины мира принадлежали ему, что от него родилось все население Москвы.

Альтруистический бред (или бред мессианства) содержит идею возложенной на больного высокой миссии политического или религиозного характера. Так, больной Л. считал, что в него вселился святой дух, после чего он стал новым Мессией и должен объединить в одно целое добро и зло, создать на основе христианства новую, единую религию.

Некоторые исследователи относят к группе бреда величия и так называемый *манихейский бред* (манихейство — мистическое, религиозное учение о вечной и непримиримой борьбе добра и зла, света и тьмы). Больной с таким бредом уверен, что он находится в центре этой борьбы,

которая ведется за его душу и проходит через его тело. Этот бред сопровождается экстатическим настроением и одновременно выраженным страхом.

Нередко бред величия бывает комплексным и сочетается с псевдогаллюцинациями и психическими автоматизмами.

Больной О. считал, что он является одновременно Тринадцатым Имамом, князем Карабахским, Иудейским царем Иродом, Князем тьмы Иисусом Христом, воплощением бакинских комиссаров и малого и большого сатаны. В то же время он — предтеча всех богов и религий. Сообщил также, что в возрасте одного года, играя в кубики, он создал государство Израиль. Об этом ему сказали инопланетяне, обосновавшиеся в его голове. Через его голову они учатся управлять всей планетой. Уверен, что за его голову борются лучшие разведки мира.

Бред самоуничижения (депрессивный бред) заключается в умалении больным своего достоинства, способностей, возможностей, физических данных. Больные убеждены в своей ничтожности, убожестве, никчемности, недостойности даже называться людьми, по этой причине они сознательно лишают себя всех человеческих удобств — не слушают радио и не смотрят телевизор, не пользуются электричеством и газом, спят на голом полу, питаются объедками из мусорного бака, даже в мороз носят минимум одежды. Некоторые пытаются, как Рахметов, спать (лежать, сидеть) на гвоздях.

Эта группа психических расстройств включает в себя бред самообвинения (греховности, виновности), ипохондрический бред во всех его вариантах и бред физического недостатка.

Бред самоуничижения в чистом виде почти не встречается, он всегда тесно связан с бредом самообвинения, составляя единый бредовой конгломерат в рамках депрессивных, инволюционных и старческих психозов.

Бред самообвинения (греховности, виновности) выражается в том, что больной постоянно обвиняет себя в мнимых проступках, непростительных ошибках, грехах и преступлениях против отдельных личностей или группы людей. Ретроспективно он оценивает всю свою жизнь как цепь «черных деяний и преступлений», он обвиняет себя в болезнях и смерти близких друзей, родственников, соседей, считает, что за свои проступки заслуживает пожизненного заключения или медленной казни «четвертованием». Иногда больные с подобной патологией прибегают к самонаказанию членовредительством или даже самоубийству. В основе самооговоров также может быть данный вид патологии (вспомним самооговор Сальери, который якобы отравил Моцарта). Бред самообвинения возникает чаще всего на фоне депрессии и, следовательно, отмечается при аффективно-бредовой патологии (маниакально-депрессивный психоз, пресенильные и старческие психозы и т.д.).

Бред физического недостатка (бред Квазимоды), называют также дисморфофобическим. Больные убеждены в том, что их внешность уродует какой-либо дефект (оттопыренные уши, некрасивый нос, микроскопические глаза, лошадиные зубы и т.д.). Этот дефект, как правило, касается видимой, нередко практически идеальной или обычной части тела. Петтофобический вариант этого бреда — убеждение больного в том, что из него постоянно выходят кишечные газы или другие неприятные запахи. Нередко при бреде физического недостатка больные прибегают к самооперациям, при этом иногда погибают от кровотечения.

Бред физического недостатка встречается при психозах, дебютирующих в подростковом или юношеском возрасте (в частности, при шизофрении).

Больная Г., считавшая свой нос уродливо широким, старалась сузить его самостоятельно, ибо врачи отказались проводить пластическую операцию. С этой целью она ежедневно надевала на нос бельевую прищепку на 6 часов.

Ипохондрический бред — это патологическая убежденность в наличии тяжелого, неизлечимого заболевания или дисфункции какого-либо внутреннего органа. Больные проходят многочисленные анализы на СПИД, рак, проказу, сифилис, требуют от врача все новых и новых «солидных» консультаций, но любая консультация оставляет у них острое чувство неудовлетворенности и твердую убежденность в наличии неизлечимого заболевания.

Если в основе ипохондрического бредового переживания лежат сенестопатии или какие-то ощущения, исходящие из внутренних органов, такой бред называется *катастезическим*. Нередки разновидностью ипохондрического бреда является так называемый *нигилистический бред*, или *бред отрицания*. Больные говорят о том, что у них атрофировалась печень, кровь «затвердела», сердца нет вообще, так как « в груди ничего не бьется», мочево-водящий канал растворился, поэтому моча не выделяется, а всасывается обратно в организм, отравляя его. Бред отрицания — важная составная часть синдрома Котара, встречается при инволюционных и старческих психозах, шизофрении и тяжелых органических заболеваниях головного мозга.

Больная К. утверждала, что у нее уже три года нет стула, потому что весь кишечник сгнил. Другая объясняла свое плохое самочувствие и слабость тем, что у нее в организме осталось всего три эритроцита и все они работают с перегрузкой — один обслуживает голову, другой грудь, третий — живот. Для рук и ног эритроцитов нет, поэтому они постепенно высыхают, «мумифицируются».

Кроме вышеописанных трех групп бредовых переживаний, выделяют индуцированный и конформный бред.

Индуцированный (привитой, наведенный) бред заключается в том, что бредовые идеи больного начинает разделять психически здоровый член его семьи. Индуцирование имеет следующие причины: а) тесная, порой симбиотическая связь индуктора и индуцируемого; б) индуктор — непререкаемый авторитетом для индуцируемого; в) наличие повышенной внушаемости, более низкий интеллект индуцируемого по сравнению с индуктором; г) правдоподобие и отсутствие нелепости в бредовых идеях индуктора.

По своему содержанию индуцированный бред может быть любого содержания (бредом преследования, отношения, изобретательства, эротическим и др.).

Индуцированный бред встречается редко, он всегда подпитывается близким контактом с индуктором. Однако стоит отделить индуцируемого от индуктора, как этот бред может исчезнуть без всякого лечения.

Больной И. высказывал идеи отношения и преследования, вскоре эти же идеи начала переживать и его жена, а через месяц и его 10-летняя дочь. Все трое были помещены в разные отделения психиатрической больницы. Через две недели дочь больного перестала чувствовать за собой слезку, поняла, что окружающие относятся к ней без предубеждения, еще через две недели то же произошло с его женой. Сам больной (индуктор) смог избавиться от этого бреда лишь после интенсивного лечения в течение двух месяцев.

Еще реже встречается так называемый конформный бред, когда два близких психически больных родственника начинают высказывать идентичные бредовые идеи. Здесь также происходит индуцирование. Например, больной, страдающий параноидной шизофренией, высказывает определенные бредовые идеи преследования. Его сестра, страдающая простой формой шизофрении, для которой, как известно, бред вообще не характерен, вдруг начинает высказывать применимо к себе и брату точно такие же идеи преследования. В таком случае у сестры больного бред носит конформный характер.

По особенностям формирования выделяют первичный (интерпретативный, систематизированный) и образный (чувственный) бред.

Первичный бред строится на абстрактных представлениях и бредовой оценке фактов реальной действительности без нарушений чувственного познания (т. е. при отсутствии сенестопатий, иллюзий и галлюцинаций). Следует особо подчеркнуть, что адекватно воспринятые факты реальной действительности интерпретируются по-бредовому — по законам паралогического мышления. Из всего многообразия фактов больной отбирает только те, которые согласуются с его основной бредовой идеей («бредовое нанизывание фактов»). Все остальные реальные факты и события, не согласующиеся с бредовой идеей больного, отбрасываются им как незначимые или незначительные. Кроме того, больные с первичным (интерпретативным) бредом склонны по законам пара-логики по-бредовому переоценивать свое прошлое (бредовая интерпретация прошлого). Первичный бред достаточно стоек, склонен к хроническому течению и

относительно малокурабелен. По интерпретативному типу формируются самые различные по содержанию бредовые идеи (ревности, богатства, высокого происхождения, изобретательства, преследования и т.д.).

В возникновении образного (чувственного) бреда главную роль играют нарушения чувственного познания в виде воображения, фантазий, вымыслов, грез. Бредовые суждения не являются результатом сложной логической работы, отсутствует последовательность в обосновании идей, нет системы доказательств, столь характерной для первичного интерпретативного бреда. Больные с образным бредом высказывают свои суждения как данность, не подвергающуюся сомнениям, как нечто само собой разумеющееся и не нуждающееся в доказательстве и обосновании. В отличие от первичного, образный бред возникает остро, по типу озарения и всегда сопровождается иллюзиями, галлюцинациями, тревогой, страхами и другими психопатологическими образованиями. Нередко при чувственном бреде отмечается бредовая ориентировка в окружающем, бред инсценировки, ложные узнавания, симптомы положительного или отрицательного двойника.

По содержанию чувственный бред весьма разнообразен (идеи величия, ипохондрический бред и др.).

Динамика бреда (по В.Маньяну). В процессе развития психического заболевания бредовые идеи претерпевают определенную эволюцию. Французский психиатр Маньян в результате многолетнего исследования выяснил, что если на бред не воздействовать лекарственными средствами, то он имеет следующую динамику:

Бредовое продромальное состояние или *бредовое настроение*. Больной без всякой причины и повода чувствует сильнейший физический и психический дискомфорт, диффузную тревогу, связанную с реальными событиями и окружением, испытывает ощущение надвигающейся беды, несчастья, трагедии, настороженной подозрительности, внутренней напряженности и чувство надвигающейся угрозы. Этот период, являясь как бы предтечей бреда, длится от нескольких часов до нескольких месяцев.

Кристаллизация бреда. У больного формируются бредовые идеи персекуторного характера. Кристаллизация бреда наступает по типу озарения. Внезапно больной осознает, почему он плохо чувствовал себя на протяжении определенного периода, беспокойно и тревожно; оказывается, на него воздействовали какими-то лучами из соседнего дома и пытались «сбить с толку» сотрудники иностранных спецслужб. Второй этап, как правило, длится многие годы, иногда десятки лет и даже всю жизнь больного. Именно в этот этап и рекрутируется основное население психиатрической больницы.

Формирование бреда величия. В мучительном обдумывании, почему преследуют и читают мысли именно его, а не любого другого человека, больной постепенно приходит к убеждению, что выбор пал на него, так как у него «светлая голова, необыкновенные способности, талантливейшие мозги» или он является боковой ветвью знаменитой династии физиков-ядерщиков. Так формируется бред величия с соответствующим пафосным поведением и нелепым стилем жизни. Больные периодически устраивают «великокняжеские приемы» или «собираются в космические экспедиции». Переход бреда на этап величия обычно свидетельствует о неблагоприятном течении эндогенного процесса и является по существу признаком интенсификации *ослабевающего* процесса.

Расстройства внимания

Внимание представляет собой направленность психической деятельности на явления окружающей действительности и на процессы, происходящие в организме. Различают пассивное и активное внимание.

В основе **пассивного (непроизвольного)** внимания лежит ориентировочная (безусловная) реакция организма на сигналы окружающей среды.

Активное (произвольное) внимание сводится к сосредоточению психической деятельности человека на решении той или иной задачи либо на достижении какой-то цели. В

основе активного внимания лежит приобретенный и закреплённый в процессе индивидуальной жизни практический опыт человека.

Внимание может быть устойчивым или неустойчивым, переключаемым либо отвлекаемым. Высокая устойчивость внимания, большой его объём и медленная переключаемость характерны для людей, увлекающихся решением какой-либо сложной проблемы, требующим длительного умственного напряжения. Повышенная переключаемость внимания даёт возможность быстро решать любые производственные или бытовые вопросы. При различных патологических состояниях психической деятельности, например при маниакальном синдроме, наблюдается повышенная отвлекаемость внимания. При депрессиях внимание больных патологически сосредоточено на анализе поступков, совершенных в прошлом, на состоянии своего здоровья. У них появляются мысли о неизлечимости тяжёлого недуга, о гибели семьи, мира. Невротические расстройства и астенизация психической деятельности после тяжёлых соматических и инфекционных заболеваний сопровождаются повышенной истощаемостью внимания.

Расстройства внимания

Рассеянность — нарушения способности длительно концентрировать внимание, сосредоточения с постоянными переходами от одного явления к другому, ни на чём не задерживаясь. Рассеянность часто бывает при утомлении, при астенических состояниях Разного генеза и, как правило, сочетается с повышенной истощаемостью внимания.

Повышенная отвлекаемость — запредельная (чрезмерная) подвижность внимания, непрерывный переход от одного вида деятельности к другому. При этом ни одно действие не доводится до конца. Повышенная отвлекаемость весьма характерна для маниакального состояния, где она тесно связана с ускорением ассоциативных процессов.

Инертность внимания (малая подвижность внимания) характеризуется нарушением переключаемости внимания, это как бы патологическая фиксация внимания.

Апрозексия — полное отсутствие внимания.

НАРУШЕНИЕ ПАМЯТИ И ИНТЕЛЛЕКТА

Патология памяти

Память — особый вид психической деятельности, связанный с восприятием (рецепцией), удержанием (ретенцией) и воспроизведением (репродукцией) информации. Память является интегральной частью процессов мышления и обучения. В механизмах памяти главенствующее значение отводится рибонуклеиновой кислоте (РНК), в молекуле которой кодируется, шифруется и хранится информация.

Возможности памяти безграничны. Известно, что феноменальной памятью обладали Юлий Цезарь, Сенека, Александр Македонский. Различают механическую и смысловую память. Механическая, память — это способность запоминать тот или иной материал независимо от его содержания. Смысловая, или ассоциативная, память характеризуется тем, что элементы запоминаемого связываются между собой ассоциативно, т. е. вступают во внутренние связи с прежней или бывшей ранее информацией.

При изучении памяти выделяют также короткую (кратковременную) память, связанную с гиппокампом, и долговременную память, связанную с определёнными зонами коры больших полушарий.

Под короткой памятью понимается способность к запоминанию, сохранению и воспроизведению информации через сравнительно короткое время после её поступления. При отсутствии закрепления эта информация исчезает. При постоянном поддержании информации и её эмоциональной или интеллектуальной значимости формируется долговременная память. Это, кстати, демонстрируется в известном школьном тезисе: повторение — мать учения.

Патология памяти, называемая общим термином дисмнезия, в психиатрической практике выражается в гипермнезии, гипомнезии, амнезии и парамнезии.

Гипермнезия — кратковременное усиление, обострение памяти. Больной, к своему удивлению, вспоминает давно забытые достаточно крупные эпизоды своего детства или юности в

мельчайших подробностях, воспроизводит наизусть целые страницы когда-то прочитанных, но давно забытых произведений. Состояние гипермнезии отмечается при маниакальном синдроме, при некоторых бредовых состояниях, наркоманиях и при исключительных состояниях, например перед смертью, когда вся жизнь человека мгновенно проносится перед глазами. По миновании болезненного состояния гипермнезия проходит.

Гипомнезия — снижение памяти — удел всех людей в пожилом возрасте. Развитие гипомнезии подчиняется закону Рибо-Джексона (обратный ход памяти), когда накопленная за всю жизнь информация постепенно теряется в порядке, обратном пропорциональному приобретению ее, т. е. от настоящего к прошлому. В первую очередь при этом страдает механическая память на имена, номера телефонов, точные даты, важные жизненные события.

Особенно характерна гипомнезия для сосудистых, травматических и атрофических процессов головного мозга.

Амнезия — отсутствие памяти — занимает более значительное место, чем гипер- и гипомнезия в клинике психических заболеваний. Амнезия бывает общей, распространяющейся на достаточно большой временной период, или частичной, когда она касается лишь каких-то определенных воспоминаний (например, переводчик восточных языков после травмы черепа напрочь забыл на полгода японский язык, которым свободно владел ранее, но который откровенно не любил. Его же любимый корейский язык совершенно не пострадал. В данном случае можно говорить лишь о частичной амнезии. Амнезии могут подвергнуться также приобретенные специальные знания и умения, например способность рисовать или водить машину. Выделяют несколько разновидностей амнезии.

Ретроградная амнезия — отсутствие памяти на период до начала заболевания. Например, больной, получивший травму черепа, может забыть все, что происходило с ним в течение недели до получения травмы.

Антероградная амнезия — потеря памяти на период после возникновения заболевания. Продолжительность как ретро-, так и антероградной амнезии может варьировать от нескольких часов до нескольких месяцев.

Ретроантероградная амнезия охватывает более или менее длительный период выпадения памяти до и после, например, травмы черепа.

Фиксационная амнезия заключается в неспособности больного удержать и зафиксировать поступающую информацию. Все, что ему говорят, что происходит вокруг него, воспринимается адекватно, но не удерживается в памяти (отсутствует фиксация поступающей информации) и спустя несколько минут, а то и секунд больной полностью забывает об этом.

Прогрессирующая амнезия характеризуется, как и гипомнезия, постепенным ослаблением памяти по закону Рибо-Джексона от настоящего к прошлому.

Тотальная амнезия — это выпадение из памяти всей информации, которая только была у больного, включая даже сведения о себе. Такой больной не знает, как его зовут, сколько ему лет, где он живет, есть ли у него родители, другими словами, он не помнит ничего. Тотальная амнезия может быть при выраженной травме черепа, особенно в военных условиях, реже она встречается и при функциональных заболеваниях (при выраженных стрессовых ситуациях).

Палимпсест — выпадение из памяти отдельных событий в состоянии алкогольного опьянения.

Истерическая амнезия — провалы в памяти, касающиеся неприятных, невыгодных для больного фактов и событий. Развивается по типу вытеснения не только у больных, но и у здоровых, но акцентированных по истерическому типу личностей. Если провалы памяти по истерическому типу возникают у субъекта, не имеющего в преморбиде истерических черт, такая дисмнезия называется *скотомизацией*.

Парамнезия — это обман, провал памяти, который заполняется различной информацией, определяющей вид парамнезий. Выделяют четыре вида этой патологии: конфабуляции, псевдореминисценции, криптомнезии и эхомнезии.

Самым распространенным вариантом парамнезии являются *конфабуляции* — это замещение провалов памяти вымыслами фантастического характера, в которые больной верит абсолютно.

Псевдореминисценции — это замещение провалов памяти информацией и реальными фактами из жизни больного, но значительно смещенными во времени. Например, больной со старческим слабоумием, находящийся в больнице около шести месяцев, бывший до болезни прекрасным преподавателем математики, утверждает, что он только что проводил занятия по тригонометрии в X классе. Иногда в литературе вместо этого термина используют понятие «замещающие конфабуляции».

Криптомнезии (присвоенные воспоминания) — провалы памяти, заполняемые информацией, источник которой больной забывает: он не помнит, наяву или во сне произошло то или иное событие, а вычитанные в книгах или услышанные от кого-то мысли считает своими собственными.

Больной с радостью сообщает врачу, что сочинил стихи: «Я помню чудное мгновенье...» и был искренне огорчен тем, что это стихотворение задолго до него написал А.С.Пушкин. Прекрасное описание криптомнезии приведено в «Дядюшкином сне» Ф.М.Достоевского, где старый князь не знает, то ли он действительно сделал предложение молодой девушке, то ли он видел это во сне.

К криптомнезиям относится и так называемое *отчужденное воспоминание*, состоящее в том, что события, произошедшие в жизни больного, он в последующем воспринимает не как реальные, а как прочитанные в книге, увиденные в кино или театре, услышанные по радио, от собеседников или пережитые в сновидениях.

Некоторые исследователи относят к парамнезиям и *эхомнезии* (редублицирующие воспоминания). Это особый вид обмана памяти, при котором события, происходящие в настоящее время, кажутся уже происходившими раньше.

С известной долей условности в эту группу расстройств относят и *экмнезии*, при которых далекое прошлое переживается как настоящее. При экмнезии весьма пожилые люди считают себя юнцами и начинают готовиться к свадьбе. Концентрированное комплексное нарушение памяти особенно выражено при так называемом Корсаковском синдроме.

Синдром Корсакова включает в себя триаду симптомов: фиксационную амнезию, парамнезию и амнестическую дезориентировку во времени или месте. Этот синдром описан С. С. Корсаковым в 1887 г. при алкогольном полиневритическом психозе. Он получил название своего первооткрывателя и был выявлен при очень многих психических заболеваниях, кроме шизофрении.

Патология интеллекта

Интеллект — это понятие, объединяющее в себе способность человека к рациональному познанию, суждениям, умозаключениям, анализу и синтезу, отделению главного от второстепенного, накоплению знаний и практическому их применению, умение адаптироваться в новой ситуации. Для количественного анализа интеллекта обычно используют понятие IQ (коэффициент умственного развития). Он определяется по формуле: психический возраст делится на хронологический возраст и умножается на 100. Коэффициент взрослого психически здорового человека равняется 90 и выше условным единицам. IQ ниже 70 усл.ед. свидетельствует об определенной степени слабоумия. Показатели коэффициента умственного развития от 70 до 90 свидетельствуют о так называемой пограничной умственной отсталости (чаще как проявление педагогической запущенности).

В мировой психиатрии различают две основных формы патологии интеллекта: врожденная или приобретенная в первые три года жизни недостаточность интеллекта — олигофрения (малоумие); приобретенное слабоумие — деменция.

Врожденное слабоумие

В зависимости от уровня недоразвития интеллекта различают три степени выраженности *олигофрении* — *идиотия* (тяжелое умственное недоразвитие), *имбецильность* (среднее умственное

недоразвитие) и *дебильность* (легкая степень умственного недоразвития). В свою очередь, эти уровни умственной недостаточности подразделяются на легкую, умеренную и тяжелую степень выраженности,

Страдающие *идиотией* не владеют речью (могут издавать лишь нечленораздельные звуки), не способны даже к примитивному труду, они совершенно не обучаемы и живут в мире безусловных рефлексов. Они не способны отличить горячее от холодного, съедобное от несъедобного, не узнают окружающих, даже мать. Двигательные реакции их выражаются в однообразных стереотипных раскачиваниях туловища слева направо, взад — вперед. Эмоциональные реакции их весьма примитивны и выражаются лишь в гневливо-злых вспышках.

Страдающие идиотией нуждаются в постоянном надзоре и уходе, так как многие из них не владеют навыками самообслуживания, они обычно помещаются в особые медицинские учреждения пожизненно, ибо дома они не удерживаются в силу особенностей психического недоразвития.

Имбецильность — средняя степень задержки психического развития. При ней больным можно привить элементарные навыки по совершению туалета, умывания, одевания, уборке помещения. Более того, они могут овладеть простейшими трудовыми процессами путем тренировки подражательных действий (например, клеить коробочки или собирать из соответствующих деталей искусственные елки). Некоторые из них даже могут усвоить простейший счет в пределах 10. Познавательная деятельность имбецилов ограничена лишь образованием представлений, образование понятий для них невозможно. У них, естественно, отсутствует способность к абстрактному мышлению. Имбецилы понимают простую речь, они сами могут усвоить и пользоваться несколькими десяткам слов (но не более 50). Речь их косноязычна, состоит из отдельных слов или чрезвычайно простых предложений (состоящих, как правило, из двух несогласующихся между собой слов). Их адаптация окружающему возможна только при наличии постоянно опекающих их родственников. Имбецилы крайне внушаемы, эта их особенность иногда используется различными мошенниками и проходимцами для совершения различных правонарушений. Собственные интересы имбецилов крайне примитивны и заключаются в удовлетворении пищевой потребности. Имбецилы обучаются в специальной вспомогательной школе для олигофренов.

Дебильность — самая легкая степень психического недоразвития. У дебилов ограничена способность к выработке сложных понятий и обобщений, поэтому у них преобладает конкретно-описательный тип мышления. Абстрактное мышление им, как правило недоступно. Тем не менее, они могут, хотя и с трудом, учиться в массовой школе, перебиваясь с тройки на двойку. Новый материал они осваивают путем механической зубрежки. В массовой школе они многократно дублируют первые классы, имея многочисленные задолжности по арифметике, и, в конце концов, все-таки оказываются во вспомогательной школе для олигофренов. Чрезвычайно важна для страдающих дебильностью адекватная организация труда и быта. При разумном руководстве они могут овладеть несложной специальностью, тем более что у дебилов «умений больше, чем знаний».

Приобретенное слабоумие

Если олигофрены по интеллекту — это «нищие от рождения», то страдающие *деменцией* — «разорившиеся богачи». Деменция это слабоумие, развившееся в результате каких-то заболеваний, при этом отмечается угасание интеллекта. При деменции прежде всего страдает творческое мышление, теряется способность к абстрактным рассуждениям.

По клиническим проявлениям выделяют органическую, апатическую (шизофреническую) и эпилептическую деменцию.

Органическая деменция выражается в слабоумии, вызванном органическими заболеваниями головного мозга (черепно-мозговые травмы, сосудистые заболевания, атрофический, сифилитический процесс, СПИД, старческие психозы). Органическое слабоумие

делится на тотальное (диффузное) и парциальное (частичное, очаговое, диэнестическое, лакунарное).

Тотальное слабоумие проявляется одновременным поражением всех форм познавательной деятельности: мышления, памяти, внимания, чувств и т.д. При этом крайне затруднено или полностью отсутствует образование абстракций, грубо нарушается логическое мышление, резко снижается запас знаний, выражено страдает память (теряется способность запоминать текущие и воспроизводить прошлые события). Утрачивается критика, суждения и поступки становятся нелепыми. Неуклонно ослабевают высшие чувства, теряется критический контроль над низшими, связанными с инстинктами, эмоциями.

Тотальное слабоумие характерно для прогрессивного паралича, старческого слабоумия, болезни Пика, некоторых опухолей головного мозга, тяжелых черепно-мозговых травм.

Парциальное слабоумие характеризуется поражением лишь отдельных сторон познавательного процесса — т. е. памяти и эмоциональной сферы при относительной сохранности критики, высших чувств и навыков социального поведения. Больным трудно усваивать новое, но старые знания, особенно профессиональные, могут сохраняться достаточно долго. Критически оценивая состояние своей памяти, они постоянно пользуются записной книжкой, где заранее написан план на целый день. Больные не совершают нелепых действий, их интеллект в основном не страдает, социальные контакты сохранены.

Парциальное слабоумие встречается при церебросклерозе, гипертонической болезни, сифилисе мозга.

Апатическое (шизофреническое) слабоумие характеризуется бездеятельностью, снижением инициативности, характерно прогрессирующее снижение интереса ко всему (за исключением собственной личности), нарастание безволия и углубление аутистической замкнутости. Однако больной периодически может справляться со «сложными задачами, это свидетельствует о том, что истинного (снижения интеллекта, вероятно, не происходит (так называемая интенсификация инкапсуляции). Относительная сохранность мнестических и интеллектуальных функций тем не менее никак не способствует социально-трудовой адаптации в связи с диссоциацией мыслительных и эмоционально-волевых импульсов, из-за этого больные остаются пассивными, безразличными и беспомощными. Этот вид слабоумия, как следует из его названия, весьма характерен для шизофрении.

Эпилептическое (концентрическое) слабоумие чаще всего проявляется при эпилепсии, хотя может встречаться и при различных «органических заболеваниях головного мозга. Для этого вида деменции характерны выраженные нарушения памяти в сочетании со своеобразными изменениями мышления в виде инертности мыслительных процессов, их тугоподвижности, вязкости, «лабиринтности», неспособности отграничить главное от второстепенного. Круг интересов замыкается на собственной персоне, удовлетворении собственных инстинктов, окружающие оцениваются сугубо через призму собственного «Я». В противном случае выявляется выраженная мстительная злопамятность, злобность, конфликтность, агрессивность и экстрапунитивные реакции реагирования.

Важным симптомокомплексом, свидетельствующем о нарастании деменции, является так называемый *психоорганический (энцефалопатический, органический) синдром*. Он состоит из триады симптомов Вальтера-Бьюеля и включает в себя: эмоциональную лабильность, или недержание эмоций; выраженные расстройства, памяти; снижение интеллекта. Больные с этим видом патологии несколько растеряны, беспомощны в решении простейших задач, не могут собраться и сконцентрировать свое внимание, фиксационная амнезия не позволяет им воспринимать новую информацию, они дезориентированы в месте и времени; у них отмечается значительное падение не только умственной, но и физической работоспособности, они легко переходят от улыбки и смеха к слезам по совершенно незначительному поводу. В динамике этого синдрома выделяют астенический, эксплозивный, эйфорический и апатический этапы. На конечном этапе этот синдром клинически не отличим от апатической деменции. На первых трех этапах психоорганический синдром сопровождается психопатоподобными характерологическими

расстройствами поведения и различной неврологической симптоматикой. Этот синдром, как правило, необратим, он может встречаться при опухолях головного мозга, интракраниальных инфекциях, травмах черепа, церебросклерозе, сифилитическом поражении мозга, при болезни Пика, Альцгеймера, алкоголизме, наркоманиях, некоторых соматогениях.

Волевые расстройства

Воля — это психическая деятельность человека, направленная на достижение определенной цели, на преодоление возникающих при этом препятствий. Без волевой направленности человек не может осуществить свои намерения, успешно решать стоящие перед ним задачи. Волевой процесс складывается из следующих этапов: возникновения потребности в достижении цели, мотивации волевого акта, исполнении принятого решения.

Волевая активность у человека может быть ослаблена (*гипобулия*) или отсутствовать вовсе (*абулия*). Снижение волевой активности характерно для больных шизофренией, травматической болезнью, старческими психозами.

Патологическое увеличение волевой активности (*гипербулия*), сопровождающееся повышенной отвлекаемостью, может встречаться при маниакальных состояниях, бредовых расстройствах, а сопровождающееся инертностью нервных процессов, затрудненным переключением внимания — при паранойяльных состояниях, при эпилепсии и др.

Извращение волевых актов (*парабулия*) проявляется в нарушениях влечения к пище, инстинкта самосохранения, полового акта и т. д. Больные при этом отказываются от обычной пищи, едят несъедобные вещи, или, наоборот, отличаются патологической прожорливостью. Нарушение инстинкта самосохранения сопровождается нанесением себе тяжелых увечий, стремлением покончить жизнь самоубийством. Половые извращения (гомосексуализм, садизм, мазо-

ПАТОЛОГИЯ ЭМОЦИЙ

Эмоции — это субъективные реакции человека или животного на воздействие внутренних и внешних раздражителей, проявляющиеся в виде удовольствия, неудовольствия, радости, страха и т. д. Сопровождая практически любые проявления жизнедеятельности организма, эмоции служат одним из главных механизмов внутренней и внешней регуляции психической деятельности и поведения, направленных на удовлетворение актуальных потребностей. Эмоции всегда имеют объективные проявления в виде тех или иных физиологических реакций организма. Дарвин в своей классической работе «Выражение эмоций у человека и животных» описал общие для животных и человека соматические изменения в организме, возникающие в связи с различными эмоциями.

Выделяют **высшие и низшие эмоции**. Первые (чувства) связаны с интеллектуальной деятельностью человека, вторые — с удовлетворением врожденных инстинктов.

Нередко любые эмоции считают синонимом чувства, но это не совсем так. Правильнее называть эмоциями сравнительно простые переживания (удовольствие, неудовольствие, гнев, страх и т. п.), которые в общей форме свойственны и животным; в чувствах проявляется переживание отношений к явлениям искусства, к мыслительной деятельности человека. Если у низших животных эмоции связаны только с безусловными рефлексам, то у высших — и с условно-рефлекторной деятельностью, т. е. они могут возникнуть на условные раздражители, а также на нарушение сложившегося стереотипа существования. Именно поэтому у высших животных эмоции достигают большей сложности. Так, например, собака радуется при виде хозяина и огорчается, отказывается от пищи, а иногда и умирает от горя при его долгом отсутствии или гибели. Такие эмоции невозможно выявить у рыб или змей.

Как известно, эмоции бывают положительные и отрицательные. Удовлетворение каких-либо потребностей приводит к положительным, а неудовлетворение — к отрицательным эмоциям.

Кроме того, выделяют эмоции: а) стенические, повышающие активность и жизнедеятельность организма (например, радость); б) астенические, значительно снижающие

активность и жизнедеятельность организма. Однако иногда одна и та же эмоция может выступать в двух ипостасях. Так, страх в одном случае может значительно повысить мускульную силу:

В другом случае, наоборот, чувство страха вызывает полный упадок сил. Недаром говорят, что от страха «подгибаются колени» или «от ужаса остолбенел».

В настоящее время выделяют девять основных (базальных) эмоций, характерных для человека: радость, удивление, страх, грусть, гнев, отвращение, интерес, презрение, стыд. Однако различное сочетание этих эмоций дало возможность, например, Л.Н.Толстому описать в своих романах более 100 разных чувств. Нередко сочетание двух противоположных эмоций рождает новое чувство, что прекрасно выразил А.С.Пушкин: «Мне грустно и легко, печаль моя светла...»

Виды чувств. Различные формы эмоциональных процессов у здорового человека не существуют обособленно. Они возникают и переживаются в составе весьма сложных, устойчивых эмоциональных состояний личности, в зависимости от содержания, направленности, объективных условий выполнения социальных действий. Эти обобщающие чувства, конкретизирующиеся в сотнях переживаемых эмоций, аффектов, настроений, называются высшими. Выделяют несколько разновидностей высших чувств.

Моральные чувства — в них отражается отношение человека к другим людям, коллективу, к своим общественным обязанностям. Одним из ведущих моральных чувств является чувство долга. Чувство долга и любви к Родине называется патриотизмом. Чувство дружбы, товарищества, признательности, «любовь к отеческим гробам» (А.С.Пушкин) также является типичным проявлением морального чувства.

Интеллектуальные чувства выражают отношение человека к мыслям как к истинным, так и ложным, удивительным и сомнительным, понятным или непонятным, вызывающим недоумение. К интеллектуальным чувствам, прежде всего, может быть отнесено удивление. Удивление является неотъемлемой стороной познавательной деятельности человека. Пораженный и удивленный, эмоционально охваченный чем-то непонятным, изумляющим, человек стремится удовлетворить свои познавательные потребности. В ходе познавательной деятельности человек постоянно выдвигает гипотезы, опровергая или подтверждая их, ищет наиболее правильные решения, заблуждается и вновь выходит на верную дорогу. Поиски истины могут переживаться как чувство сомнения. Наконец, решение вопроса, нахождение истины может сопровождаться чувством уверенности. Это чувство является поддержкой человеку в трудные минуты борьбы за претворение в жизнь тех убеждений, к которым он пришел путем активной познавательной деятельности.

Эстетические чувства человек переживает по отношению к природе, в произведениях искусства, в общении между людьми. Именно переживает, а не просто спокойно оценивает. Степень переживания может быть различной — от легкого волнения до глубокого потрясения. Во всех случаях эстетические переживания благотворно действуют на человека. Насколько сильно эстетическое чувство влияет на человека, особенно отчетливо видно на примере изменений, возникающих под влиянием музыки. Музыка оказывает сильнейшее влияние на весь физический и духовный мир человека. Под влиянием музыки он может испытывать радость и грусть, страдание и негодование, музыка может вдохновить и ободрить. Издревна музыка использовалась как лечебное средство (сейчас этот метод лечения называется музыкотерапией). Особенно сильное воздействие оказывает музыка в сочетании с танцами. С помощью танцев люди готовили себя и к труду, и к бою. Применялись танцы и для лечения. Есть сведения, что название итальянского танца «тарантелла» связано с тем, что врачи заставляли пациентов, укушенных тарантулом, исполнять его определенное количество раз.

Практические чувства связаны с процессом физического труда, это «мышечная радость». Труд — основа существования, и среди высших чувств важное место занимает положительное эмоциональное отношение к труду как творчеству, «трудному», но радостному делу, источнику бодрости и боевого настроения при встрече с препятствиями, переживание чувства торжества при его успешном завершении.

Выражение эмоциональных состояний. Одни и те же эмоции по-разному выражаются у разных людей. Однако все они проявляются внешне, а также в виде изменений деятельности внутренних органов и изменений гуморального характера, т. е. химизма крови и других биологических жидкостей человека и обмена веществ.

Выражение эмоций (или «язык экспрессии») осуществляется словом, мимикой лица, пантомимикой, вегетативными проявлениями, голосовой мимикой, т.е. модуляцией голоса.

В целом, мимика, жесты, позы, выразительные вздохи, изменения интонации являются «языком человеческих чувств», средством сообщения собеседнику (в отличие от звукового языка) не столько мыслей, сколько эмоций, связанных с ними. Этот «язык экспрессии» в разные исторические эпохи, у разных народов, у представителей различных классов при некоторых общих чертах существенно различается.

Симптомы эмоциональных нарушений

Патологический аффект — бурная эмоциональная реакция гнева или ярости, возникающая в ответ на ничтожные раздражители и сопровождающаяся агрессивными действиями на раздражитель. Патологический аффект протекает стремительно на фоне помраченного сознания по типу сумеречного, по выходе из которого отмечается полная амнезия пережитого. Это состояние может возникать при органических поражениях головного мозга, психопатиях, психогениях и некоторых других психически страданиях.

Эйфория — патологически повышенное, неадекватное раздражителю сверхрадостное настроение, когда человеку абсолютно все нравится, жизнь при этом кажется сплошной цепью беззаботных радостей и беспечных удовольствий, все проблемы, даже глобальные вполне разрешимы. Все окружающее видится как бы через розовые очки, абсолютно радужных тонах, при этом отмечается непробиваемый оптимизм, даже отрицательные, а порой трагические моменты окружающей жизни воспринимаются исключительно положительно, сверхрадостно. За счет постоянного гипероптимизма больной неадекватно оценивает свое объективно тяжелое состояние. Так, например, эйфория может появиться в терминальной стадии некоторых злокачественных опухолей. Эйфория встречается при очень многих психических и соматических заболеваниях.

Мория — немотивированное повышенное настроение с дурашливостью, расторможенностью влечений, плоскими, пошлыми шутками. Поведение таких больных несколько напоминает гебефреническое возбуждение, хотя и отличается от последнего отсутствием парамимии, эхоталии, эхопраксии. Нередко мория сопровождается легкой степенью оглушенности — обнубиляцией. Мория чаще встречается в неврологической практике у больных с органическим поражением лобных долей (так называемая лобная психика).

Дистимия — патологически пониженное, угнетенное настроение, возникающее без какой-либо причины. Больной смотрит на мир как бы через черные очки, окружающее воспринимается мрачным, бесперспективным, безысходно-пессимистическим. Больного ничто не радует, сама жизнь кажется ему лишенной всякого смысла, «кругами дантова ада». Нередко именно дистимия является основной причиной суицидальных мыслей, намерений и попыток.

Тревога — это тоска, проецируемая в будущее, сильное душевное волнение, беспокойство, обусловленное беспричинным ожиданием крупной неприятности, катастрофы, которая произойдет с больным или его самыми близкими родственниками. Тревога может быть ситуационно-обусловленной, связанной с конкретной, нередко преувеличенной жизненной ситуацией, и диффузной, так называемой свободно плавающей, не связанной с какими-то определенными фактами или событиями. Тревога обычно сопровождается выраженными вегетативными реакциями и часто двигательным возбуждением, она нередко тесно связана с депрессией и выступает в едином тревожно-депрессивном синдроме при многих психических и соматических расстройствах, особенно инволюционном возрасте.

Дисфория — немотивированное тоскливо-злобное настроение с активным недовольством окружающими или, реже, собой и выраженным экстрапунитивным поведением. Отмечается не высокая раздражительность и аффект злобы, которые и объясняют выраженные внезапные

беспричинные вспышки разрушительных действий и агрессии к окружающим. Если агрессия по каким-то причинам не может реализоваться во вне она направляется на себя, выражаясь в членовредительстве или суицидальных действиях. Дисфория чаще всего отмечается при эпилепсии, органических заболеваниях мозга, некоторых формах психопатий, сосудистых и атрофических процессах головного мозга.

Эмоциональная лабильность (эмоциональная слабость, слабодушие) — это выраженная неустойчивость настроения: больной, по незначительному поводу крайне легко переходит от плача к смеху и наоборот — от умиления к гневу. Он не может без слез читать сентиментальный роман, смотреть старые довоенные или военные фильмы. В течение дня эмоции многократно меняют свою полярность. Слабодушие является обязательным симптомом при сосудистых заболеваниях головного мозга, оно встречается также при органических заболеваниях головного мозга и астениях различного генеза.

Эмоциональная тупость (эмоциональное оскудение) — постепенное обеднение тонких эмоциональных реакций, исчезновение эстетических, моральных, этических, интеллектуальных чувств. Больной теряет способность к сопереживанию, деликатность, проявляет грубую бесцеремонность, эмоциональную холодность, безразличие и безучастность к судьбе наиболее близких людей. Равнодушие не касается только низших эмоций, связанных с удовлетворением инстинктов, особенно пищевого. Такое эмоциональное нарушение типично, главным образом, для шизофрении.

Неадекватность эмоций — это несоответствие характера эмоций и вызвавшего их повода. Так, например, больной Ц. радостно засмеялся, когда ему сообщили о смерти единственного ребенка, добавив, что он достаточно молод и у него еще будет много детей. Тот же больной выразил бурный гнев по поводу замены его старых тапочек на новые. Неадекватность эмоциональных реакций особенно характерна для шизофрении.

Апатия выражается в отсутствии всяких желаний и полном безразличии к окружающим и к себе. Больные не только теряют интерес к событиям внешнего мира (не читают, не смотрят телепередач, не слушают радио), но и совершенно безразличны к своему собственному состоянию, они становятся неряшливыми, неопрятными. Сохраняя в целом способность мыслить, они фактически теряют способность действовать. Апатия характерна, для шизофрении и некоторых органических поражениях головного мозга.

Воля и ее нарушения

Воля — это психический процесс, который проявляется как способность к выбору действий, связанных с преодолением внутренних и внешних препятствий, т.е. это индивидуальная способность к сознательной психической деятельности. Степень необходимого волевого усилия для достижения цели определяется силой воли. Волевое действие — это процесс принятия решения. По своей форме волевое действие бывает простым и сложным.

Простое волевое действие совершается тогда, когда потребность к действию почти автоматически переходит к самодействию. Сложное волевое действие происходит тогда, когда действию предшествует учет его последствий, осознание мотивов действия (т. е. зачем это надо), принятие решения, составление плана действия.

Этапы сложного волевого действия:

- 1) цель;
- 2) определение возможности ее достижения;
- 3) определение мотивов, которые подкрепляют эти возможности;
- 4) борьба мотивов (т.е. выбор доминирующего мотива);
- 5) принятие одной из возможностей в качестве версии (гипотезы);
- 6) осуществление принятого решения.

В волевой деятельности проявляются и формируются соответствующие волевые качества личности. Волевая деятельность у различных людей протекает по-разному: один проявляет

настойчивость, другой не проявляет, один самостоятелен в принятии решений, другой, наоборот, внушаем, один поражает своей решительностью, другой нерешителен.

Спектр волевых качеств личности характеризует ее волевою деятельность с положительной и отрицательной стороны. Когда способы осуществления волевых актов и их типичные проявления приобретают в поведении человека определенность и устойчивость, они превращаются в характерные волевые качества самой личности. Таких качеств довольно много, но мы коснемся здесь лишь наиболее существенных.

Самостоятельность заключается в том, что человек определяет свои поступки, ориентируясь не на давление окружающих, не на случайные влияния, а исходя из своих убеждений, знаний и представлений о том, как надо поступать в соответствующей ситуации. Самостоятельность в решении возникающих задач — характерное свойство развитой воли. Ее противоположностью является внушаемость: человек легко подвергается чужим влияниям, а мотивы его действий возникают не из его собственных сложившихся мнений и убеждений, а как результат сторонних влияний.

Решительность — волевое качество личности, которое выражается в способности своевременно и без лишних колебаний принимать достаточно обоснованные решения, а затем обдуманно проводить их в жизнь. Противоположностью является нерешительность: человек колеблется в принятии решения, сомневается в том, как ему следует поступить, борьба мотивов становится нескончаемой. Нерешительность обнаруживается и в реализации принятого решения. Страх перед окончательным шагом приводит к тому, что нерешительный сначала откладывает принятие решения, а затем, решив, начинает его иногда неоднократно пересматривать.

Настойчивость — умение мобилизовать свои возможности для борьбы с трудностями. Настойчивость следует отличать от заурядного упрямства. Упрямство заключается в неспособности, несмотря на разумные обоснования, отказаться от намеченного плана действия, от принятого ранее малопродуманного решения, в неумении взглянуть в глаза реальным обстоятельствам, гибко отнестись к изменившейся ситуации. И в этом проявляется слабая воля человека.

Выдержка (самообладание, умение владеть собой) сказывается в способности заставить себя выполнить принятое обоснованное решение, преодолевая мешающие этому побуждения, такие как лень, страх и пр. Иначе говоря, выдержка состоит в умении подчинить себе нежелательные и при этом достаточно сильные побуждения. Она выражается в умении сдерживать неодобряемые самим человеком проявления чувств — раздражение, страх, гнев, ярость, отчаяние и т.д.

Целеустремленность — умение подчинить все свои действия поставленной задаче.

Инициативность — умение работать творчески, совершая действия и поступки по собственному почину.

Организованность — разумное планирование своей деятельности.

Дисциплинированность — сознательное подчинение своего поведения общепринятым нормам и установленному порядку.

Смелость — умение побороть страх и идти на оправданный риск ради достижения цели.

Исполнительность — старательность, выполнение в срок поручений и обязанностей.

Препятствия для воли бывают внутренними и внешними.

Внутренние препятствия для исполнения воли — это отношения и установки человека, болезненные состояния, усталость, депрессия. Внешние препятствия — время, пространство, физические свойства веществ, препятствия окружающих людей. Для преодоления этих препятствий необходимо приложить дополнительное волевое усилие.

Патология воли у психически больных людей проявляется в виде снижения волевой активности — гипобулии, крайний вариант которой сводится к абулии, т. е. полному безволию; повышения волевой активности — гипербулии; и извращения воли — парабулии.

Гипобулия - понижение волевой активности может проявляться при различных психических заболеваниях, особенно при шизофрении и ступорозных состояниях различного генеза.

Кататонический ступор развивается внезапно, без видимых причин, иногда вслед за кататоническим возбуждением или после субступорозного состояния. Проявляется в обездвиженности или крайней замедленности ритма движения, восковидной гибкости (каталепсии), выражающейся в сохранении больным приданной ему позы, порой очень неудобной, мутизме, негативизме, амимии, отсутствии реакции на боль, на окружающую обстановку. Больные могут подолгу лежать с приподнятой, лишенной опоры головой (симптом воздушной подушки) или в позе эмбриона. Для кататонического ступора весьма характерен мутизм (молчание), активный и пассивный негативизм. Пассивный негативизм проявляется в молчаливом отказе от требуемых действий. Активный — в сопротивлении воздействию извне и в стремлении совершить противоположное воздействию действие. Например, больного просят показать язык, на что он стискивает зубы и зажимает рот руками. Нередко при кататоническом ступоре выявляется эхолоалия (повторение слов окружающих), эхопраксия (повторение действий и движений окружающих), эхомимия (повторение мимики окружающих), симптом капюшона (больной натягивает на голову куртку или рубашку, наподобие капюшона), симптом пассивной подчиняемости (отказываясь от чего-то, больной тем не менее делает то, что от него требуется, хотя с этим и не согласен), симптом Бумке (отсутствие зрачковой реакции на болевые раздражители), импульсивность (больной импульсивно вскакивает с постели, наносит сильный удар проходящему мимо его кровати другому больному и также внезапно снова ложится в эмбриональную позу). Физиологические отправления нередко совершаются прямо в постели.

Кататонический ступор может прерываться приступами импульсивного возбуждения. При кататоническом синдроме сознание может быть ясным (так называемая люцидная кататония) или помраченным (онейроидная кататония). Кататонический ступор может длиться несколько месяцев, а в неблагоприятных случаях и несколько лет.

Депрессивный (меланхолический) ступор выражается в двигательной обездвиженности вплоть до оцепенения на фоне тяжелой депрессии. В отличие от кататонического на лице отмечается откровенная маска страдания, никогда не бывает негативизма, мутизма и восковой гибкости.

Апатический ступор — типичный пример не столько гипобулии, сколько абулии. Это обездвиженность, обусловленная полным отсутствием у больного каких-либо интересов или желаний. Больной с апатическим ступором производит впечатление «трупа с открытыми глазами».

Психогенный ступор развивается после выраженной психической травмы и проявляется в двигательном оцепенении с аффектом недоумения и трагичности на лице. Как правило, длится недолго, проходит после разрешения психотравмирующей ситуации. Время психогенного ступора обычно амнезируется. Из разновидностей психогенного ступора чаще всего отмечается *истерический ступор*. Он является следствием пассивно-оборонительной реакции в трудной обстановке, требующей напряжения, ответственности и угрожающей благополучию больного. Развивается полная обездвиженность, больной молчалив, все время проводит в постели, на вопросы не отвечает (в некоторых случаях дает редкие лаконичные «нужные» ответы). Лицо неподвижно, с выражением тоски, печали, напряжения, взор остановившийся, на глазах слезы. Иногда больные принимают вычурные позы, гримасничают или проявляют черты пуэрилизма, псевдодеменции. Реже истерический ступор прерывается психомоторным возбуждением с живыми проявлениями эмоциональности, демонстративным поведением (в присутствии врачей или другого медицинского персонала) и вегетативными проявлениями. Истерический ступор может длиться неделями, месяцами и проходит бесследно после того, как больному становится известно, что угрожающая ему опасность миновала.

Галлюцинаторный ступор развивается в тех случаях, когда яркие захватывающие галлюцинации целиком поглощают внимание больного. Отмечается двигательная

заторможенность, доходящая до полного оцепенения. На лице обычно застывшее выражение ужаса. Состояния галлюцинаторного ступора, хотя и кратковременны, но склонны к повторению. Чаще отмечается при инфекционных психозах (в частности, при инфекционном делирии).

Гипербулия

Повышение волевых импульсов, повышенная активность часто наблюдается при маниакальных, паранойяльных состояниях и сверхценных идеях. Однако продуктивность этой деятельности чрезвычайно мала из-за повышенной отвлекаемости и неспособности довести дело до конца (маниакальное состояние) или крайней односторонности и парциальной избирательности (паранойяльные и сверхценные идеи).

Парабулия

Это извращение волевой активности особенно отчетливо проявляется в кататоническом возбуждении. Парабулия выражается в хаотичных, стереотипных, бессмысленных движениях, совершаемых в ограниченном пространстве и сочетающихся либо с мутизмом («немое возбуждение»), либо со стереотипными выкрикиваниями отдельных слов (вербигерация). Кроме того, выявляется отчетливая импульсивность действий, моментальность совершения какого-либо агрессивного действия. Например, больной кататонией, находящийся в эмбриональной позе, мгновенно вскакивает, наносит мощный удар в челюсть санитару и тут же ложится в прежнюю позу. Кататонический ступор и кататоническое возбуждение могут протекать на фоне ясного (люцидная кататония) или помраченного сознания (онейроидная кататония).

С известной долей условности к парабулии можно отнести и гебефренический синдром, тем более что он очень часто сочетается с кататоническим возбуждением. *Гебефренический синдром* (Геба — богиня утренней зари) проявляется в нелепом, дурашливом поведении с гримасничанием, клоунадой, пустым, незаражающим весельем. Больные постоянно кривляются, строят рожи, показывают язык, мяукают, хрюкают, принимают циничные, непристойные позы. Речь ускорена, с обилием неологизмов, ходят больные вычурной походкой, подпрыгивая или подволакивая ноги. На приветствия не отвечают или протягивают вместо руки ногу и начинают цинично браниться, при этом обычный тривиальный мат расцвечивается неологизмами при повышенном фоне настроения.

Нарушение влечений

В эту группу патологических состояний входят извращение инстинктивных влечений к пище, нарушение инстинкта самосохранения и расстройства полового влечения.

Извращение влечения к пище. Усиление влечения к пище называется *булимией*, это волчий голод, неконтролируемое поглощению огромного количества пищи при отсутствии насыщаемости. Отмечается в норме у людей с гиперфагической реакцией на стресс, когда они «заедают свои психологические проблемы», при этом поедание большого количества пищи в какой-то мере снижает патогенность стресса. В патологии булимия отмечается при умственной отсталости, шизофреническом дефекте, нервной анорексии и некоторых других психических расстройствах. *Полидипсия* — патологическая неутолимая жажда. *Анорексия* — утрата чувства аппетита при наличии физиологической потребности в питании. В психиатрической клинике анорексия часто отмечается при депрессивных и астенических состояниях разного генеза, кататоническом и апатическом ступоре, при хроническом алкоголизме, при истерии и некоторых формах психогений. *Парорексия* — стремление поедать несъедобное (мусор, землю, газеты, оберточную бумагу). Отмечается при старческом слабоумии и тяжелой идиотии. *Копрофагия* — влечение к поеданию собственных экскрементов (мочи и кала). Отмечается при тяжелых формах олигофрении и старческом слабоумии.

Ослабление инстинкта самосохранения выражается в отсутствии или значительном снижении реакции самосохранения при возникновении реальной опасности: реализуется в стремлении к членовредительству и самоубийству (суицидомания) у депрессивных или депрессивно-параноидных больных. Методы и способы самоубийства нередко бывают весьма жестокими и необычными.

Наиболее многообразны *извращения полового влечения (парафилии)*.

Гомосексуализм (мужеложество, лесбиянство) — половое влечение к лицам того же пола. Отмечается как у мужчин, так и у женщин. Гомосексуалисты (лесбиянки) делятся на активных, играющих в половом акте мужскую роль, и пассивных, исполняющих женскую роль. Это расстройство часто отмечается при акцентуациях личности, психопатиях и шизофрении.

Садизм — удовлетворение полового влечения путем причинения партнеру психологической или физической боли. Иногда истязание полового партнера сопровождается его убийством и тогда Половой акт заканчивается уже с трупом (некрофилия).

Мазохизм — стремление получать от полового партнера во время сношения физическую боль или моральные страдания.

Садизм и мазохизм могут сочетаться и чередоваться у одного и того же лица (садомазохизм).

Фетишизм — использование какого-либо неодушевленного предмета в качестве стимула для сексуального возбуждения и сексуального удовлетворения. Многие фетиши являются как бы дополнением к человеческому телу: предметы одежды, обуви, личная косметика лица противоположного пола. Другие характеризуются особым материалом, таким как резина, пластик, кожа, ремни, плетки. Фетиши могут варьировать в их значимости для индивидуума. В некоторых случаях они просто служат для повышения сексуального возбуждения, достигаемого обычным путем (например, при надевании на сексуального партнера какой-нибудь особой одежды). Фетишизм часто сопровождается мастурбацией с использованием фетиша. Иногда индивид для сексуального возбуждения надевает одежду противоположного пола фетишистский трансвестизм). Фетишизм встречается исключительно у мужчин с личностными нарушениями и умственным недоразвитием.

Некрофилия — извращенное половое влечение к свежим трупам. Лица с подобной патологией нередко специально устраиваются ночными сторожами в морги, чтобы спокойно и безнаказанно удовлетворять свою страсть. Эта парафилия может отмечаться при тяжелом органическом поражении мозга и при исходном состоянии шизофрении.

Геронтофилия — половое влечение к старикам или очень пожилым людям.

Педофилия — половое влечение к детям, которое не всегда выражается только в половом насилии, чаще педофил обнажается перед детьми, заставляя их трогать свой половой член, или манипулирует половыми органами детей. Геронто- и педофилия отмечаются при тяжелых психопатиях.

Содомия (скотоложество, зоофилия) выражается в стремлении совершать половой акт с мелким рогатым скотом (козы, овцы). Встречается как у мужчин, так и у женщин (в последнем случае половыми партнерами выступают крупные кобели). Эта форма парафилии нередко отмечается при олигофрении.

Эксгибиционизм — парафилия, при которой половое удовлетворение наступает в результате обнажения половых органов в присутствии лиц противоположного пола. Нередко сочетается с мастурбацией.

Трансвестизм — стойкое влечение переодеваться в одежду и принимать облик лица противоположного пола. Может сочетаться с гомосексуализмом, лесбиянством и фетишизмом.

Трансексуализм — страстное желание переменить свой пол при помощи оперативного вмешательства. Это нарушение половой идентификации обычно отмечается с раннего детства. Такие дети с раннего возраста одеваются и ведут себя как представители противоположного пола (мальчики играют в куклы, девочки предпочитают военные игры). При невозможности сменить пол во взрослом состоянии они могут прибегнуть к самоубийству.

Вуайеризм — периодическая или постоянная склонность наблюдать за людьми, занимающимися сексом или такими «интимными делами», как раздевание. Это обычно приводит к половому возбуждению и мастурбации и осуществляется тайно от наблюдаемой особы.

Импульсивные влечения

Непреодолимая тяга к каким-то действиям и поступкам без «утренней борьбы полностью овладевает сознанием больного и определяет его поведение. Импульсивные влечения воспринима-

ется больным как чуждые, нелепые, болезненные; в типичных случаях они реализуются без внутреннего сопротивления.

Дромомания (вагобандаж) — внезапно возникающее неодолимое стремление к бродяжничеству, побегам из дома, скитаниям, «охота к перемене мест». Больные бросают работу, семью, детей, без соответствующей одежды, денег, полуголодные они совершают длительные поездки или часами бесцельно бродят по городу. У больных с этим видом патологии есть критическое отношение к дромомании, но преодолеть ее усилием воли они не могут, как, впрочем, не могут и не совершать ее, так как только это импульсивное влечение, по их мнению, способно снять выраженное внутреннее беспокойство и тревогу, характерные для указанного расстройства.

Клептомания — импульсивное влечение к воровству, стремление украсть ту или иную вещь, которая на самом деле вору и не нужна, ибо воровство совершается ради процесса, а не результата. Именно поэтому после совершения воровства больной мгновенно теряет интерес к украденной вещи и незаметно возвращает ее владельцу или же выбрасывает за ненадобностью.

Дипсомания — непреодолимое влечение к крепким спиртным напиткам. Даже наличие отчетливой критической оценки последствий запоя не останавливает больного. Возникает обычно как результат выхода из дисфории при эпилепсии, травмах мозга, эпилептоидной психопатии и при некоторых формах депрессии.

Пиромания — острое, внезапно возникающее влечение к поджогам. У лиц, страдающих этой патологией, уже в детстве или подростковом возрасте можно выявить проявления повышенного интереса к огню (по сравнению со сверстниками): они любят разводить костры, устраивать различные игры с огнем, растапливать печи и т.д. Очевидных мотивов для пироманических тенденций у больных, как правило, нет. Пациенты обнаруживают аномальный интерес к противопожарным машинам и оборудованию, к другим предметам, имеющим отношение к огню и вызову пожарной команды. У некоторых пиромания выражается в множественных ложных вызовах пожарной команды и соответствующих наблюдениях. Некоторые люди с подобной тенденцией выбирают соответствующую профессию пожарника или сжигателя мусора на свалках.

Гомицидомания — импульсивное влечение к убийству. Этим расстройством страдают многие (если не все) маньяки-убийцы.

Инцестофилия — непреодолимое влечение к половым сношениям с близкими родственниками. Такие отношения описаны между матерью и сыном, отцом и дочерью, братом и сестрой. Один из партнеров страдает алкоголизмом, шизофренией или олигофренией.

Патологическое влечение к азартным играм — это расстройство заключается в частых повторных эпизодах участия в азартных играх, доминирующих в жизни субъекта и ведущих к снижению социальных, профессиональных, материальных и семейных ценностей. Пациенты могут рисковать своей работой, делать большие долги и нарушать закон, чтобы добыть деньги или уклониться от выплаты долгов. Они испытывают непреодолимое влечение играть в азартные игры, ими овладевают мысли о процессе игры и тех обстоятельствах, которые ему сопутствуют.

Трихотилломания — расстройство, характеризующееся заметной потерей волос на голове в связи с неспособностью противостоять влечению выдергивать их. Выдергиванию волос обычно предшествует нарастающее внутреннее напряжение, выдергивание же приносит чувство облегчения и удовлетворения. Встречается чаще у психически больных детей, обычно сочетается с двигательными расстройствами.

Симптом Плюшкина — патологическое влечение к собиранию на помойках различного мусора и хлама и складирование его в комнате или квартире. При длительном сохранении этого симптома квартира пациента вскоре напоминает настоящую помойку с соответствующими запахами, обилием мелких животных. Впрочем пациентов это не останавливает и процесс накопительства хлама осуществляется, пока его не прервет санитарная служба. Этот вид патологии чаще отмечается при старческих психозах, а также при тяжелых формах олигофрении.

Описанные выше варианты патологии влечения являются не самостоятельными заболеваниями, а лишь симптомом патологии волевой сферы и входят составной частью во

многие психические заболевания. Тем не менее, чаще всего они отмечаются при шизофрении, психопатиях и олигофрениях, хотя встречаются и при других психических расстройствах (например, при аффективной патологии).

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА РАЗВИТИЯ РЕЧИ И ШКОЛЬНЫХ НАВЫКОВ

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О РЕЧЕВЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Речь - специфическая человеческая психическая функция, которую можно определить как процесс общения посредством языка. В качестве двух основных самостоятельных видов современная психология выделяет экспрессивную и импрессивную речь, которые характеризуются различным психологическим строением. **Экспрессивная речь** - высказывание с помощью языка, которое начинается с замысла (программы), затем проходит внутреннюю стадию речи и только затем переходит в стадию внешнего речевого высказывания (в виде устной речи или письма). **Импрессивная речь** - процесс понимания речевого высказывания (устного или письменного). Он начинается с восприятия речевого сообщения (через слух или зрение).

В целом выделяют четыре самостоятельные формы речевой деятельности, две из которых относят к экспрессивной речи (устная и письменная речь) и две - к импрессивной (понимание устной речи и понимание письменной речи - чтения).

Для нормальной речевой деятельности необходимо согласованное функционирование всего головного мозга, т.е. связь корковых речевых зон (центры Брока и Вернике) с двигательными, слуховыми, зрительными областями и черепно-мозговыми нервами, иннервирующими мышцы речевого аппарата.

В возрасте 12,5 месяцев осмысленные слова употребляет около 50% всех детей, а к 21-му месяцу - 97%. Около половины всех детей к 23 месяцам составляют из слов простые предложения.

Ко времени поступления в школу у 1% детей наблюдается серьезное отставание в развитии речевых навыков, а 5% детей испытывают значительные трудности, пытаюсь сформулировать свое высказывание таким образом, чтобы оно было понятно постороннему человеку.

Этиология и патогенез. Наиболее типичная причина задержки развития нормальной речи - умственная отсталость. Другими важными причинами являются глухота и церебральный паралич. Социальная депривация может вызвать умеренную задержку развития речи. Важной, хотя и редко встречающейся причиной является детский аутизм. Остальные случаи относятся к специфическим задержкам развития речи и языка. У детей с расстройством навыков речи, связанным с развитием, наблюдается выраженная задержка освоения нормальной речи. Рассматриваются две категории: расстройство рецептивной и экспрессивной функции речи. К первой из них относят случаи, когда у ребенка нарушено понимание речи, ко второй - ситуации, когда при нормальном понимании ребенком воспринимаемой речи его собственная речь малопонятна из-за нарушения словообразования. Особые затруднения у детей с расстройством экспрессивной функции речи вызывают длинные слова, окончания слов и согласные звуки. Значительное отставание в развитии речи часто сопровождается и другими нарушениями.

Среди факторов, способствующих возникновению речевых нарушений у детей, выделяют неблагоприятные внешние (экзогенные) и внутренние (эндогенные), а также внешние условия окружающей среды. Наследственные генетические поражения связаны с хромосомными аномалиями и мутацией генов. К экзогенным факторам относят токсикозы беременных, интоксикации, нарушения обмена веществ, акушерскую патологию. Ведущее место в данной группе расстройств занимают асфиксия (кислородная недостаточность) и внутричерепная родовая травма. Послеродовые приобретенные аномалии развития в основном являются последствиями перенесенных в раннем детском возрасте заболеваний. К ним относят нейроинфекционные заболевания (менингиты, энцефалиты,

полиомиелит), черепно-мозговую травму, которая составляет 25-45% всех случаев повреждения в детском возрасте.

Нередко речевые расстройства наблюдаются у нескольких членов семьи, что наводит на мысль о генетической причине, но исследований для такого вывода недостаточно. Изучением, предупреждением и коррекцией речевых нарушений занимается отрасль дефектологии - логопедия.

Все речевые нарушения, рассматриваемые в клинико-педагогической классификации, можно разделить на два больших вида:

- 1) нарушения фонационного (голособразующего) оформления произносительной стороны речи;
- 2) структурно-семантическое системное нарушение речи. В зависимости от этого выделяются следующие виды нарушений: дисфония, брадилалия; тахилалия; заикание; дислалия; ринолалия и дизартрия; алалия; афазия.

Нарушения письменной речи подразделяются на две группы: нарушение письма - *аграфия* и расстройства чтения - *дислексия*.

Формирование речи в онтогенезе проходит несколько этапов. Первый звуковой сигнал - крик новорожденного. В 4-5 месяцев появляется гуление, ребенок протяжно произносит отдельные звуки («бээ, бр»). В 7-9 месяцев - на этапе лепета ребенок произносит отдаленные слоги и части слов («ба-ба-ба, ма-ма-ма»). К 1-му году появляются первые слова, ко 2-му году - простые фразы. Вначале ребенок использует простые предложения, состоящие из существительных и сказуемых. Несколько позже появляются прилагательные, потом другие части речи. К 3 годам ребенок знает 1000-1200 слов (60% из них - имена существительные, 20% - глаголы, 15% - прилагательные). В возрасте 3-5 лет у большинства детей остается физиологическая дислалия (неправильное произношение некоторых звуков), физиологические неологизмы (стремление к образованию новых слов) и стремление задавать множество вопросов (период почемучек).

В логопедии выделяют следующие основные категории детей с аномалиями:

- ♦ с выраженными и стойкими нарушениями слуховой функции (глухие, слабослышащие, позднооглохшие);
- ♦ с глубокими нарушениями зрения (слепые, слабовидящие);
- ♦ с нарушением интеллектуального развития;
- ♦ с тяжелыми речевыми нарушениями;
- ♦ с комплексными нарушениями (слепоглухонемые);
- ♦ с нарушениями опорно-двигательного аппарата;
- ♦ с выраженными психопатическими формами поведения.

Выделяется первичный (дефект биологического происхождения) и вторичный дефект - симптом. Л.С. Выготский (1983) писал, что «недостаток глаза или уха означает выпадение серьезнейших социальных функций, перерождение общественных связей, смещение всех систем поведения». Важной особенностью аномального развития является соотношение первичного дефекта и вторичных нарушений; «чем дольше отстает симптом от первопричины, тем он лучше поддается воспитательному лечебному воздействию».

Лечение частично зависит от причины, но в большинстве случаев используется программа обучения речевым навыкам, реализуемая посредством игр и социального взаимодействия. В сравнительно легких случаях наилучших результатов удастся достичь, если соответствующие занятия с ребенком проводятся в домашних условиях его родителями, получающими необходимые инструкции. При более тяжелых нарушениях может потребоваться специализированная помощь - обучение в условиях специализированных детского сада, класса (где проводится коррекция речи) или в специализированной школе. Прогноз в основном определяется причиной.

НАРУШЕНИЯ ЗВУКОПРОИЗНОСИТЕЛЬНОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ

Звуковая сторона речи является средством выражения смыслового и эмоционального содержания. К звуковой стороне речи относятся звукопроизношение и мелодика. Звукопроизношение обеспечивает смысловое значение речи, а мелодика - ее эмоциональное содержание.

Классификация нарушений голоса:

- ♦ афония (полное отсутствие голоса);

- ◆ дисфония (расстройство голоса);
- ◆ фонастения (повышенная утомляемость голоса);
- ◆ гнусавый голос.

Этиология и патогенез. В основе органических нарушений голоса периферического характера лежат такие заболевания голосового аппарата, как певческие узелки на голосовых связках, папилломатоз гортани и голосовых связок, стеноз гортани после перенесенной дифтерии, ранения, ожоги гортани. Органические нарушения голоса центрального звена наблюдаются при различных видах дизартрии.

К функциональным нарушениям голоса относят истерический мутизм, истерическую немоту, функциональную афонию, в основе которых лежит психотравмирующая ситуация.

Нарушение звукопроизношения, неправильное звукопроизношение подразделяется на дислалию, риноплалию, дизартрию.

Дислалия - расстройство речи, часто встречающееся среди нормальных детей дошкольного и школьного возраста. Неправильное звукопроизношение является единственным дефектом всей речи ребенка: понимание речи в этих случаях оказывается достаточным, полноценными являются словарь и грамматический строй. При дислалиях общепринятая методика исправления неправильного звукопроизношения обеспечивает полное исправление звуковых дефектов в условиях амбулаторных занятий.

Дислалии делятся на органические (так называемые механические) и функциональные. К функциональным дислалиям принято относить все те случаи неправильного звукопроизношения, когда не имеется органической основы. В раздел функциональных дислалии попадают случаи, зависящие от неправильного речевого воспитания, иноязычной речи окружающих. Функциональные дефекты полностью исправляются.

Механические дислалии обусловлены органическими дефектами периферического речевого аппарата, его костного и мышечного строения или периферической иннервации. Нарушения периферического аппарата могут быть врожденными и приобретенными. К врожденным дефектам относятся незаращение верхней губы, челюсти, мягкого и твердого нёба. Сравнительно частый дефект - укороченная или слишком массивная уздечка языка и аномалии прикуса. Приобретенные дефекты возникают в результате ранения мягкого и твердого нёба.

Риноплалия (гнусавость) встречается в трех видах: открытая, закрытая и смешанная. Закрытая гнусавость - следствие гипертрофического насморка, разрастаний в носу и носоглотке, которые закрывают проход в носовую полость. У ребенка с закрытой гнусавостью затруднено носовое дыхание. Вследствие этого страдает произношение носовых звуков. Для восстановления носового дыхания необходимо лечение носа и носоглотки. Причиной открытой гнусавости являются расщелины мягкого и твердого нёба. Недоразвитие периферической части речевого аппарата в период эмбрионального развития на 2-3-м месяце беременности связывают с нарушением питания плода в связи с перенесенными заболеваниями матери (токсоплазмоз, краснуха), а также с физическими травмами. Раннее вмешательство специалистов (хирургов, логопедов) помогает ребенку с нормальным интеллектом преодолеть неправильное звукопроизношение.

Дизартрия - неясная, глухая, смазанная речь с носовым оттенком. Наиболее тяжелые формы дизартрии носят название анартии, т.е. полной невозможности произносительной речи.

НЕДОРАЗВИТИЕ И ВРЕМЕННАЯ ЗАДЕРЖКА РАЗВИТИЯ РЕЧИ

Нарушение структурно-семантического (внутреннего) оформления высказываний представлено двумя видами системных нарушений: алалией и афазией.

Алалию и афазию необходимо дифференцировать с выраженными задержками развития, связанными с недостатком питания, сна, соматическими заболеваниями в первые месяцы жизни ребенка. Глубокое и рано начинающееся нарушение речи ребенка не может не отразиться на развитии всей личности, поведении, мышлении.

Алалия — отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка (до формирования речи).

Этиология и патогенез. Причинами, вызывающими нарушение формирования речи, являются воспалительные, травматические поражения мозга; кровоизлияния в мозг вследствие тяжелых и быстрых родов.

В зависимости от преимущественной локализации поражения речевых областей больших полушарий (центр Вернике, центр Брока) различают две основные формы алалии: моторную и сенсорную. Моторная алалия связана с нарушением речедвигательного анализатора (двигательный центр Брока), находящегося в нижней лобной извилине. Его нарушение приводит к моторной алалии (афазии), потере способности произносить слова при сохранности понимания речи. Ребенок молчалив, не стремится к речевому общению с окружающими. Он общается с окружающими жестами, сопровождающимися неоформленными голосовыми реакциями. Словарь на первом этапе состоит из восклицаний («ой, ах»), звукоподражаний («ам, му, ксс»), лепетных слов («би-би-машина»). Пассивный словарный запас беден. Часто появляется речевой негативизм, в основе которого лежат затруднения в формировании самостоятельной речи. Особенности личности выражаются в некоторой заторможенности или повышенной возбудимости, сенситивности. Эти особенности, с одной стороны, зависят от речевой неполноценности, с другой - от недоразвития нервной системы. Речевая неполноценность и общая моторная неловкость выключают ребенка из детского коллектива и с возрастом все больше травмируют психику.

В первую очередь перед логопедом стоит задача - вызвать у ребенка желание говорить параллельно с обогащением его активного словаря. На втором этапе (когда словарь в основном увеличивается за счет выученных с логопедом слов) основная задача - расширить возможность правильного повторения некоторых звуков в изолированном звучании, провести упражнения устного анализа слов. Третий этап характеризуется появлением фразы в речи. На этом этапе работа должна проводиться в устном и письменном виде. Ребенок с моторной алалией должен быть подготовлен к чтению и письму. Овладение чтением и письмом затруднено на всех периодах: усвоения букв, послогового чтения, чтения целыми словами; звукового и слогового анализа слова, усвоения правил орфографии в письме. В Республике Беларусь в каждом районном центре, в городах создана система специализированных речевых детских садов и речевых групп при общеобразовательных садах, которые посещают дети с алалией (моторной, сенсорной), афазией, дизартрией. Созданы школы для детей с тяжелыми речевыми нарушениями.

Причиной возникновения сенсорной алалии является корковое нарушение деятельности речеслухового анализатора (слуховой центр Вернике, расположенный в левой височной доле - первая височная извилина) при достаточно сохранном слухе и первично сохранном интеллекте. Непосредственными причинами могут быть травмы головы, перенесенный энцефалит, кровоизлияния в мозг вследствие тяжелых родов. Центр Вернике обеспечивает правильное понимание речи других людей, узнавание слов. Его нарушение приводит к сенсорной афазии, недоразвитие этого центра - к сенсорной алалии. Установление правильного диагноза осложнено трудностью контакта с ребенком. Эта трудность возрастает в незнакомой обстановке: ребенок возбуждается, кричит, топает ногами. При оценке состояния такого пациента первоначально возникает мысль о тяжелой тугоухости или об умственной отсталости. Попытки установить остроту слуха ребенка с сенсорной алалией сталкиваются со своеобразием его слуховых реакций, что выражается в неустойчивости порогов слухового восприятия и способности различения звуков. Если для ребенка со снижением периферического слуха имеет значение громкость звука, то для пациента с сенсорной алалией возможность восприятия находится в зависимости от темпа подачи звуковых раздражителей (интервалов между ними), качества звуков (чистый тон, шумы). Исследования слуха врачом при помощи аудиометра, издающего чистые тона, дает низкие показатели его слуховых возможностей, тогда как в домашней обстановке ребенок реагирует на тихие звуки: шум открываемой двери, шаги входящей матери. В спокойной обстановке ребенок эхоталачно повторяет отдельные слова и выражения, произнесенными близкими людьми. Ребенок хорошо передает интонацию услышанного и даже его звуковое оформление, что говорит об отсутствии моторных затруднений. Эхоталачески произнесенные слова не осмысливаются и бесследно исчезают. Попытка вызвать повторное произнесение оказывается безрезультатной. Это позволяет родителям утверждать, что ребенок не говорит из упрямства. Иногда появление слов у ребенка бывает связано с

эмоцией, которую у него вызывает увиденный предмет либо та или иная жизненная ситуация («бей-бей», - кричит пятилетний ребенок с алалией, получив в подарок красивый мяч). Постепенно ребенок начинает прислушиваться к окружающим звукам, что чаще всего совпадает со спокойными моментами его жизни (утром - в первые минуты после пробуждения). Характерным является то, что наличие слов в активном словаре больного с сенсорной алалией не всегда совпадает с его закреплением в пассивном словаре (сам ребенок употребляет слова «дай-дай, спать, пить», а если обратиться к нему с этими словами, то он их не понимает). Ребенок смотрит в лицо говорящего, пытаясь понять речь путем восприятия выражения лица, жестикуляции. В дальнейшем ему помогает зрительное восприятие.

Основная задача начального этапа работы с ребенком, страдающим сенсорной алалией, - возбудить интерес к звукам жизни, затем к звукам речи и вызвать активное желание подражать. Следующий этап - научить ребенка различать звуки, в дальнейшем - логопед имитирует голоса животных, затем присоединяет и слова-названия («собачка - гав-гав») и постепенно, вначале расширяя его пассивный словарь, затем - активный, приступает к развитию письма и чтения. Такие дети легко учатся читать, но не понимают прочитанного. В письме долго наблюдаются многочисленные ошибки.

Афазия - полная или частичная утрата ранее сформированной речи, связанная с локальными поражениями головного мозга (нижнелобных извилин — центр Брока или теменно-височно-затылочного отдела, преимущество первой височной извилины - центр Вернике) доминантного полушария в результате тяжелых травм головного мозга, воспалительных процессов, опухолей, сосудистых заболеваний и нарушений кровообращения. При этом утрачиваются навыки произношения (моторная афазия) или возможности понимания чужой речи. Ребенок теряет речь сразу или постепенно, но в большинстве случаев отдельные речевые навыки остаются сохранными и могут быть обнаружены в процессе восстановительной работы. При знакомстве с анамнезом удается выяснить, что раннее развитие проходило без особенностей, ребенок правильно развивался. При обследовании поражает диспропорция между отдельными речевыми возможностями и полной беспомощностью. Такие дети могут написать отдельные довольно сложные и трудные слова, даже отдельные фразы наряду с лепетной активной речью. Сохранные компоненты в речи такого ребенка оказываются лишь осколками бывшего богатства: в произнесенном отрывке стихотворения встречаются искаженные слова. Сам говорящий не замечает этого и не умеет исправить свою ошибку, даже если она будет ему указана. В правильно написанном слове он часто не умеет назвать отдельные буквы. Характер сохранных речевых проявлений может служить ориентиром для правильного построения плана работы с ребенком. Чистое произношение отдельных уцелевших слов говорит об отсутствии оральной апраксии. Складывание слов из разрезной азбуки дает возможность думать о сохранности зрительных рядов, а перечисленные цифры первого десятка - о сохранности рядовой речи. При первичном обследовании ребенка, несмотря на полную беспомощность устной речи, можно выявить в остаточном состоянии наличие школьных навыков в чтении, письме, арифметике.

Дети с афазией, как и дети с алалией, нуждаются в длительном специальном обучении и воспитании. Организация и формы обучения должны иметь школьный программный характер и сочетаться с индивидуальной работой над речью этих детей.

Необходимость индивидуальной работы с ними диктуется как разнообразием нарушений, так и их компенсаторными возможностями. В дошкольном периоде дети обучаются в специализированных группах детсадов или в специализированных детских садах для детей с тяжелыми нарушениями речи. В школьном возрасте обучение показано в школах для детей с тяжелыми речевыми нарушениями.

РАССТРОЙСТВА РЕЧИ ВСЛЕДСТВИЕ ГЛУХОТЫ И ТУГОУХОСТИ

Более 85% нарушений слуха возникает на 1-2-м году жизни, т.е. в период формирования речи. Слух - это отражение действительности в форме звуковых явлений, способность человека воспринимать и различать звуки.

Ребенок, имеющий серьезные дефекты слуха, не может самостоятельно научиться говорить, так как он нечетко воспринимает звуковую речь, не слышит слуховых образцов. Он не может контролировать собственное произношение, следствием чего является нарушение устной речи. Все это отрицательно сказывается на овладении всей сложной системой языка и не только ограничивает воз-

возможности обучения и познания окружающего мира, но и оказывает негативное влияние на психическое развитие ребенка.

Нарушения слуха могут быть врожденными и приобретенными. К врожденному типу нарушения слуха следует отнести аномалию слухового аппарата (полная или частичная аплазия - недоразвитие внутреннего уха, отсутствие барабанной полости, атрезии - заращения наружного слухового прохода). Врожденные нарушения слуха возникают как следствие воздействия различных вредных факторов со стороны организма матери на развивающийся плод. Это вирусные инфекции (корь, грипп), особенно в случае их возникновения в первые три месяца беременности, внутриутробные интоксикации химическими, лекарственными веществами, алкоголем. Слуховой анализатор может быть поврежден вследствие травмы плода.

Приобретенные нарушения слуха встречаются чаще. Среди причин, вызывающих эти недостатки слуха, особое место занимают инфекционные заболевания: менингит, корь, скарлатина, пневмония; воспалительные процессы среднего уха; последствия заболеваний носа и носоглотки - хронический ринит, невриты слухового нерва; травмы черепа.

Всех детей с недостатками слуха делят на три категории: глухие, позднооглохшие, слабослышащие (тугоухие).

Глухие дети - это дети с полным выпадением слуха. Глухота бывает абсолютной и с остатками сохранности слуха, что позволяет воспринимать отдельные громкие звуки. Выделяют следующие категории глухих детей:

1) глухие без речи (ранооглохшие) - поражение слуха возникает у ребенка в доречевой период;

2) глухие с сохранностью речи (позднооглохшие). Врожденная потеря слуха приводит к отсутствию речи (немоте).

При нарушении слуха после трехлетнего возраста недоразвитие локомоторных функций выражено меньше, так как успевает сформироваться фразовая речь и, следовательно, нарушение словарного запаса и грамматического строя выражены менее грубо. При поражении слуха в школьном возрасте имеются лишь недостатки произношения.

Из-за отсутствия слухового контроля за собственным произношением звучащая речь глухого ребенка отличается невнятностью и смазанностью. При врожденной, нераспознанной тугоухости к концу 1-го года жизни ребенка снижается интенсивность предречевых действий (гуление, лепет). Такой ребенок не усваивает речевые навыки и переходит на язык жестов. Несформированность речевых функций к 4-5 годам создает тяжелые условия для дальнейшего речевого развития. Ранняя тугоухость, наступающая в доречевой период, вызывает речевое недоразвитие, требующее специального обучения. Помимо речевых нарушений при тугоухости формируются вторичные парциальные задержки интеллектуального развития.

Важными условиями словесного обучения являются желание и потребность глухого ребенка отказаться от доступной для него жестовой речи и перейти к устной речи. Устное слово становится ведущим в коррекции последствий дефекта. Для позднооглохших детей особое значение для развития имеет последовательное наращивание словарного запаса, выработка полноценного произношения, обучение грамоте и грамматике.

Слабослышащие (тугоухие) дети имеют частичную слуховую недостаточность, затрудняющую речевое развитие, но сохраняющую возможность самостоятельного речевого запаса с помощью слухового анализатора. Устная речь у таких детей развивается только в условиях специального обучения.

При тугоухости особенно важно учитывать не только снижение слуха, но и время, когда оно наступило. При неглубокой тугоухости поведение детей во время игр ничем не отличается от такового у здоровых сверстников. У тугоухих и глухих детей вследствие сенсорной и социальной депривации, особенностей семейного воспитания и длительной психической травматизации формируется психический инфантилизм, эмоционально-волевая незрелость. Пребывание этих детей в несоответствующих возможностям условиях (общеобразовательных детских садах и школах) наносит большой ущерб их психическому развитию. Непонимание обращенной к ним речи, попытка считывания речи с губ воспитателя, учителя и одноклассников, типичные ошибки в произношении, чтении и

письме, насмешки сверстников приводят к развитию характерологических особенностей у детей этой группы. Таким детям свойственна недостаточная самостоятельность, наивность, внушаемость, подражательность наряду с повышенной тормозимостью, малой общительностью, склонностью к реакциям отказа, протеста, что создает дополнительные трудности при обучении. Психический инфантилизм отчетливо проявляется в возрасте 7-10 лет, что совпадает с началом школьного обучения. Нередко у этих детей наблюдаются церебральные и психоорганические синдромы, приводящие к нарушению работоспособности. Обучение детей, с выраженным нарушением слуха показано в специальной школе для глухих и тугоухих детей как можно раньше. Дети с умеренной степенью тугоухости должны обучаться в классах для тугоухих детей. И только дети с легким снижением слуха могут успешно учиться в общеобразовательной школе при условии индивидуального подхода и создания соответствующих условий. В дошкольном периоде обучение проводится в специализированных детских садах для глухих и тугоухих детей.

ЗАИКАНИЕ

Заикание - нарушение ритма, темпа и плавности речи, связанное с судорогами мышц, участвующих в речевом акте. Заиканием страдают около 5% детей, причем кратковременное заикание встречается у 4%, а относительно стойкое - у 1% детей. У мальчиков оно возникает чаще, чем у девочек. Расстройство обычно развивается в возрасте 2—5 лет, когда происходит значительное усложнение фразовой речи, связанное с интенсивным формированием мышления, и ребенок начинает задавать много вопросов познавательного характера.

Заикание подразделяется на невротическое и неврозоподобное. Причинам возникновения невротического заикания могут быть острые (шоковые и субшоковые) или подострые психические травмы - испуг, внезапное волнение, разлука с родителями, изменение привычного стереотипа: помещение в дошкольное детское учреждение, конфликтные отношения в семье, неправильное воспитание. Наследственная отягощенность встречается в 17,5% случаев невротического заикания. Важное значение в происхождении заикания имеет «речевой климат»: перегрузка информацией, двуязычие в семье, чрезмерная требовательность родителей к речи ребенка, наличие заикающихся в близком окружении. Определенная роль в патогенезе заикания принадлежит механизму патологической фиксации на физиологических задержках и запинках речи в возрасте 2-4 лет.

У части детей заикание начинается с полной невозможности говорить. Это часто бывает связано с сильным испугом. Ребенок плачет, а успокоившись, оказывается «немым». «Немота» может длиться несколько дней, после чего ребенок начинает говорить с заиканием. У других детей заикание появляется постепенно на фоне быстрой, захлебывающейся речи и усиливается в моменты волнения. Темп и плавность речи нарушаются, и речь внезапно прерывается. Причиной этих остановок является судорога в периферической части речевого аппарата. Судороги бывают двух видов: клонические и тонические. Клонические судороги проявляются в речи многократным повторением одного и того же слога (обычно начального), тонические судороги - длительной остановкой в начале слова (длительность от нескольких секунд до одной минуты). Слова как бы выталкиваются заикающимся, в результате нарушается плавное течение речи. Темп оказывается своеобразно измененным: чаще заикающийся говорит быстро, но быстрый темп прерывается вынужденными паузами. Чем чаще и длительнее судороги, тем тяжелее заикание. По характеру судорог заикание делится на клоническое, тоническое и смешанное (клонотоническое, тоноклоническое по преобладающему характеру судорог). По локализации судорог различают дыхательную, голосовую и артикуляторную форму. Помимо судорог в области речевого аппарата, вызывающих «заикливую» речь, появляются судорожные движения в других мышцах тела, которые являются насильственными и сопутствующими. Одни заикающиеся откидывают голову назад, другие - наклоняют ее, третьи - закатывают глаза. Страх перед насмешками окружающих заставляет заикающегося пытаться бороться со своим недостатком, он начинает применять различные уловки - двигательные и речевые. Вспомогательные движения носят разнообразный характер: одни сжимают кулаки, другие притопывают, переступают с ноги на ногу. С возрастом появляются более сложные уловки: покашливание перед трудным звуком, произношение «сорных» слов и звуков («а, э, ну, вот»), замена трудных слов более легкими. Невротическое заикание носит непостоянный и изменчивый характер в

зависимости от обстоятельств. Наедине заикающийся никогда не заикается. При знакомых людях, с которыми он чувствует себя свободно, он говорит хорошо. При людях, которых он стесняется, речь меняется в худшую сторону. Речь заикающегося связана с его общим состоянием. Так, во время экзаменов, которые утомляют и нервируют, заикание усиливается. Наблюдается зависимость от погоды, времени года, условий жизни. Заикающийся фиксируется на своем дефекте, а не на мыслительной продукции. Появляющийся страх речи, загруженность психики постоянным лавированием между трудными словами и звуками приводит к нарушению темпа, ритма и плавности речи. Дети стесняются говорить в присутствии посторонних, отказываются от устных выступлений. Позднее, в школьном возрасте, возникает страх речи - логофобия.

Невротическое заикание необходимо дифференцировать с неврозоподобным заиканием, возникающим в связи с резидуально-органическими и соматогенными нарушениями деятельности головного мозга. Неврозоподобное заикание развивается постепенно, исподволь на фоне задержки или недоразвития речи, органических черт психики (инертность, затрудненная переключаемость, импульсивность, эйфорический фон настроения) и часто сочетается с другими неврозоподобными расстройствами (тики, энурез), церебрастеническими синдромами и рассеянной неврологической симптоматикой. При неврозоподобном заикании отсутствуют указания на психотравмирующие переживания. Лечение невротического заикания должно быть ранним и комплексным. В случае возникновения заикания в связи с шоковыми и субшоковыми психическими травмами лечение следует начать с «режима молчания» в течение 7-10 дней с постепенным включением речевой деятельности. При возникновении заикания под влиянием хронической психотравмирующей ситуации необходимо проведение «семейной психотерапии», т.е. психотерапевтической и коррекционно-педагогической работы с родителями и другими членами семьи с целью устранения конфликтных отношений. Важно установление «речевого режима»: ограничение речевой нагрузки, использование членами семьи медленной речи, исключение замечаний, фиксирующих привлечение внимания ребенка к дефекту речи. У детей школьного возраста и подростков применяют специальные формы психотерапии (индивидуальная и групповая, гипносуггестивная терапия, аутогенная тренировка), направленные на преодоление страха речи, эмоционального напряжения, устранения чувства неполноценности, связанного с реакцией личности на дефект речи. Психотерапевтические мероприятия включают семейную и индивидуальную психотерапию (преимущественно рациональную, для детей дошкольного возраста - игровую). Для смягчения аффективных невротических расстройств используют анксиолитики (*диазепам, хлордиазепоксид*). После устранения общевневрологических расстройств следует постепенно подключать логопедические занятия, в том числе логопедическую ритмику. Невротическое заикание легче преодолевается с помощью групповых занятий в специализированных детских садах и дневных стационарах.

В лечении неврозоподобного заикания ведущая роль принадлежит сочетанию логопедических мероприятий с медикаментозной терапией, в частности с применением средств, снижающих мышечный тонус, дегидратирующих, рассасывающих, препаратов физиотерапевтического воздействия. Большое значение уделяется музыкальной ритмике, лечебной физкультуре. В пубертатном возрасте для преодоления вторичных невротических расстройств показана аутогенная тренировка.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНЫХ НАВЫКОВ (ЧТЕНИЯ, СПЕЛЛИНГОВАНИЯ)

В понятие «письменная речь» входит чтение и письмо. Для обозначения недостатков письменной речи употребляются термины «спеллингование», или «дисграфия» (от греч. *grapho* - пишу), и «дислексия» (от лат. *lectio* - чтение). Приставка «дис» указывает на качественное нарушение процесса. Для обозначения наиболее тяжелых степеней этих нарушений, невозможности чтения и письма употребляются термины «аграфия», «алексия».

Причинами возникновения *алексии* и *аграфии* у взрослых могут быть перенесенные мозговые заболевания различной этиологии (инсульты, травмы головного мозга) с преимущественным поражением левого полушария.

У ребенка *дисграфия* и *дислексия* часто бывают связаны с различными нарушениями речи (дизартриями, моторной и сенсорной афазией) в связи с органическими поражениями мозга (токсикоз беременных, быстрые или затяжные роды, травмы черепа, инфекции тяжелой степени). Дислексические и дисграфические расстройства у детей выражаются по-разному: от отдельных затруднений при чтении и письме до полной невозможности овладеть этими навыками. При дислексиях у детей с трудом формируется навык чтения. Дети плохо удерживают в памяти графический образ букв и не могут их сложить в слоги и слова. При дислексии во время чтения наблюдаются своеобразные ошибки: перестановки букв, смешение букв, сходных по начертанию, пропуски строчек. Чтение протекает крайне медленно и часто носит угадывающий характер (чтение по догадке). Одновременно с нарушением чтения у таких детей отмечаются и затруднения в овладении письмом. Обучающиеся письму не могут соединить буквы в слова, а из слов составить фразы. Они пишут слова с большими искажениями их буквенного состава. В письме таких детей наблюдаются характерные замены, пропуски и перестановки букв и слогов. Расстройства чтения и письма нередко встречаются совместно и взаимодействуют. Однако природа их механизмов неодинакова. Это объясняется тем, что акты письма и чтения в норме имеют свои особенности. Так, при чтении ведущую роль играет узнавание букв, здесь же действует специальная зрительная техника: скорость движения глаз вдоль строки, наличие бокового зрения. В основе письма лежит воспроизведение звуков, перевод фонемы (звука) в графему (букву). Однако это не простой акт, а сложная мыслительная операция, осуществляющаяся при наличии нормального слуха и четкой артикуляции (проговаривания), участия оптико-моторных компонентов. Устная речь у нормального ребенка развивается в процессе практического общения со взрослыми, главным образом на основе подражания речи окружающих. Письменная речь развивается на основе уже сформировавшейся устной речи, хотя пути их развития различны. Овладение письменной речью требует обучения, последовательного осознания всего процесса. Для говорящего ребенка на первом плане стоит содержание его речи, а ребенок, которому нужно написать слово, всегда имеет дело прежде всего со звуками, из которых состоит слово. Для правильного письма обязательно наличие точно дифференцированной фонемы и прочной ее связи с буквами - графемой. Акт чтения и письма осуществляется слаженной работой целого ряда физиологических компонентов, участвующих в организации этого процесса. В процессах чтения и письма принимают участие различные анализаторы; слуховой, зрительный и двигательный. Опыт показал, что нарушение любого из анализаторов создает отклонение в нормальном протекании указанных актов. Исходя из этого, мы считаем целесообразным рассмотреть дислексии и дисграфии у детей в разных аспектах с учетом возможных нарушений акустического, оптического и моторного характера. Более распространенными являются дислексии и дисграфии, связанные с акустическими расстройствами. В данном случае наблюдается недифференцированность слуховых восприятий звукового состава слова и слабое развитие звукового анализа. Дети могут усвоить отдельные буквы, но испытывают затруднения при слиянии букв в слоги и слова. Ошибки чтения и письма связаны с дефектами произношения.

При преимущественно оптическом характере дислексии и дисграфии у детей отмечается неустойчивость зрительных восприятий и представлений. Нечеткое восприятие букв приводит к их смешению: «п-н; п-и; м-ц». В тяжелых случаях при оптической дисграфии письмо вообще невозможно. Некоторые дети пишут буквы в зеркальном отражении (справа налево). Сами дети такое письмо прочесть не могут.

При моторном характере дислексии и дисграфии у детей затруднены движения глаз во время чтения и руки во время письма. Ребенок испытывает трудности в объединении отдельных букв в целые слова. В письме таких детей наблюдаются частые пропуски слогов и букв (особенно гласных), смешение и замена букв (вместо «п» пишут «д» или «л»).

РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ, СТРАДАЮЩИМИ РЕЧЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

В настоящее время открывается все больше дошкольных и школьных учреждений для детей с тяжелыми нарушениями речи. В них создаются все условия, при которых становится возможным формирование речи у детей, чье речевое развитие идет атипичным путем. Специальные детские сады и

стационары ставят своей целью подготовить детей к школе (общеобразовательной или речевой), у детей с речевой патологией наблюдается нарушение деятельности речедвигательного, слухового, зрительного анализаторов. При этом расстройство функций речедвигательного анализатора приводит к первичному нарушению речи, двигательного и зрительного - к вторичному. Коррекционная работа в данном случае должна быть направлена на совершенствование функций отдельных анализаторов и на обучение ребенка комплексному познанию предметов (совершенствование восприятия). Процесс познания имеет две неразрывно связанные стороны: моторную и сенсорную. Сенсорное воспитание в основном осуществляется на занятиях рисованием, лепкой, аппликацией, пением, ритмикой. Работа по формированию фонематического слуха непосредственно примыкает к речевой. Для развития фонематического слуха используются игры, в которых нужно подобрать слова с определенным звуком, выделить звук или слог из ряда других звуков или слогов.

Цель речевой работы на первом этапе - расширение словаря детей, формирование представлений (слухового, зрительного, тактильного). На втором-третьем этапе речевого развития начинает формироваться связная речь и появляется возможность начать работу по развитию фонематического слуха на материале правильно произносимых звуков. Развитие фонематического слуха и формирование правильного произношения, с одной стороны, расширение круга понятий и развитие речи, с другой, являются задачей совместной работы логопеда и воспитателя любого специального учреждения, как дошкольного, так и школьного.

СПЕЦИФИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО СЧЕТА

Специфическое расстройство счета диагностируется в тех случаях, когда наблюдается дефект основных вычислительных навыков: прибавления, вычитания, умножения и деления. При этом данное расстройство нельзя объяснить исключительно общим психическим недоразвитием либо грубо неадекватными методами обучения. Навыки чтения и спеллингования у таких детей не нарушены, соответствуют умственному возрасту. Трудности в арифметике не обусловлены дефектами зрения, слуха, неврологическими расстройствами и приобретенными дефектами вследствие какого-либо расстройства (неврологического, психического или другого). В то же время обнаруживается тенденция к нарушению зрительно-пространственных и зрительно-воспринимающих навыков.

Специфическое расстройство счета (акалькулия развития) может включать недостаточность в понимании понятий, которые лежат в основе арифметических операций, отсутствие понимания математических терминов или знаков, нераспознавание числовых знаков, трудности выполнения стандартных арифметических действий, усвоения порядкового выстраивания чисел (к примеру, недоступны пониманию понятия «больше/меньше», «часть целого», с трудом дается таблица умножения, текстовые задания с трудом переводятся в символы и т.д. Имеются нарушения внимания: цифры списываются с ошибками, арифметические знаки остаются без внимания.

Немногочисленные данные о распространенности нарушений счета в младшем школьном возрасте свидетельствуют о том, что частота этого расстройства составляет от 4 до 6% с преобладанием его у девочек. Нарушения счета обычно выявляются ко 2-3-му классу начальной школы.

Терапия специфического расстройства счета включает: амбулаторное консультирование детей, родителей, учителей, тренинг счетных навыков, психотерапию (при наличии сопутствующих психических расстройств, когда необходимо развивать компенсаторные способности при недостаточности счетных навыков), социально-правовую помощь в начале обучения в школе.

Согласно результатам немногочисленных исследований около одной трети пациентов к 8-12 годам преодолевают недостаточность счетных навыков. Остальные или дублируют классы или посещают вспомогательную школу для умственно отсталых детей. У мальчиков нарушения счета нередко сопровождаются нарушениями поведения экспансивного типа, у девочек имеется тенденция к депрессивному реагированию.

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА (РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕНИЯ) У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Основные нарушения, описываемые в этой главе, включают депрессии в сочетании с тревогой (либо без нее) или подъемом настроения. Эти состояния обычно сопровождаются изменением общего уровня активности. В большинстве случаев расстройства настроения начинаются с отдельных эпизодов, обусловленных нередко стрессовыми событиями, и имеют тенденцию к рекуррентному течению. При чередовании депрессивных и маниакальных фаз выделяют биполярное аффективное расстройство (F 31). Отдельно рассматриваются аффективные расстройства в детском возрасте, не соответствующие критериям депрессии и мании, характерным для взрослых, - эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста (F 93).

Этиология и патогенез аффективных расстройств рассматриваются с позиции ряда теорий.

Теория наследственности основывается на более частой заболеваемости аффективной патологией биологических родственников. Особенно отчетливо эта связь просматривается при биполярном аффективном расстройстве.

Биохимическая теория аффективных расстройств базируется на зависимости симптомов аффективной патологии от уровня моноаминов в синапсах мозга. Маниакальное расстройство обусловлено избытком, а депрессия - недостатком серотонина и /или норадреналина.

Психоаналитическая теория рассматривает депрессии как следствие недостатка материнской любви в раннем детском возрасте, а также как результат психотравмирующих событий в первые годы жизни.

Для *когнитивно-бихевиорального подхода* характерна оценка депрессий как следствия заблуждений (так называемых иррациональных когниций).

Этиологическая значимость психотравмирующих событий варьирует в зависимости от возраста ребенка: грудной возраст - отделение от матери (сепарация); дошкольники - депрессия у матери и психологически негативные реакции матери на стресс; младшие школьники - отсутствие теплых отношений в семье, низкие оценки в школе и рождение в семье еще одного ребенка; школьники старших классов - «низкое» место в иерархии подростковой группы. Для школьников любого возраста этиологически значимым является переезд на новое место жительства, смена школы, потеря друзей и разлука с психологически значимыми взрослыми.

МАНИАКАЛЬНОЕ РАССТРОЙСТВО (МАНИАКАЛЬНЫЙ ЭПИЗОД)

Мания (от греч. *mania* - безумие, восторженность, страсть) - психическое расстройство, характеризующееся повышенным настроением, двигательным возбуждением, ускоренным мышлением.

Эпидемиология. Маниакальные эпизоды редко наблюдаются в детском возрасте, чаще встречаются у подростков. Однако точные эпидемиологические данные отсутствуют. Маниакальные эпизоды чаще всего оказываются фазой биполярного аффективного расстройства.

Клиническая картина. Маниакальный эпизод характеризуется повышенным настроением от беззаботной веселости до неконтролируемого возбуждения, не связанным с сопутствующими ситуациями. Характерны яркое, контрастное восприятие цветов, звуков, вкусовых ощущений, чрезмерное внимание к деталям. Главным специфическим признаком маниакального синдрома является приподнятое настроение, повышенная активность и гипертрофированное самомнение. В маниакальном состоянии возникает ощущение безграничного счастья. При этом дети могут в любое время петь, пританцовывать, декламировать стихи. Доминирующее настроение отражается в одежде, в которой преобладают яркие оттенки. Характерна гиперактивность: дети принимают за множество дел, но ни одно не доводят до конца. Типичны экспансивные идеи. Больной верит, что его мысли оригинальны и совершенны. Окружающие кажутся выдающимися, талантливыми и одаренными людьми. Речь больного становится быстрой и многословной, наблюдается скачка идей. Изменяется инстинктивная сфера: повышается аппетит, усиливаются сексуальные желания. В поведении появляется бестактность, отсутствие дистанции или откровенный цинизм. Наблюдаются интенсивный онанизм, гомосексуаль-

ность или даже сексуальная агрессивность. Исчезает ощущение усталости, а сон может продолжаться не более нескольких часов в сутки. Характерно отсутствие критики к своему болезненному состоянию. В тяжелых случаях у детей развивается экспансивный бред величия, из-за чего по болезненным мотивам совершаются нелепые поступки. В подростковом возрасте поведенческими эквивалентами тяжелой мании являются пропуски занятий, уходы из дома, конфликтность. Дети становятся заносчивыми, активно злоупотребляют алкоголем и строят абсолютно нереальные планы на будущее.

Диагностика. Включает подъем настроения, что сопровождается повышением энергии, гиперчувствительностью, речевым напором, сниженной потребностью во сне. Затрудненная фиксация внимания часто сочетается с повышенной отвлекаемостью. Расстройства восприятия проявляются в виде особой чувствительности в восприятии цвета, звуков, чрезмерного внимания к деталям. Завышена самооценка, отмечаются идеи величия, чрезмерная самоуверенность, поведение не регулируется социальными нормами, поступки могут быть безрассудными, опрометчивыми. В тяжелых случаях наблюдаются психотические расстройства с бредом (как правило, величия), галлюцинациями, скачкой идей, речевым напором, из-за чего невозможно понять пациента.

Лечение. Применяют соли лития, антипсихотики (нейролептики) - *галоперидол, оланзапин, левомепрмазин* и другие.

ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО (ДЕПРЕССИВНЫЙ ЭПИЗОД)

Депрессивное расстройство (от лат. *depressio* - подавление, угнетение) объединяет ряд заболеваний, имеющих кардинальные симптомы в виде депрессивного, тоскливого фона настроения, замедленного мышления, двигательной заторможенности.

Эпидемиология. Распространенность депрессии в популяции в конце XX в. в развитых странах составляла 5-10% . В настоящее время выявляется тенденция к росту депрессивных расстройств. По прогнозу к 2020 г. из десяти причин, ведущих к инвалидности, депрессия выйдет на второе место после ишемической болезни сердца. Распространенность тяжелой депрессии у детей школьного возраста составляет 0,2-2%; у подростков - 2,5-6%. По легкой и умеренной степени депрессии эпидемиологических данных для детской популяции нет.

Клиническая картина. Депрессия представляет собой психическое расстройство, проявляющееся изменением настроения и активности в сторону угнетения, а также достаточно большой группой дополнительных симптомов, отражающих психический, вегетативный и соматический уровни болезни. Эпизоды депрессии имеют тенденцию к повторяемости, а их начало чаще всего связано со стрессовыми событиями. Вегетативные и соматические проявления болезни являются вторичными или производными от аффективных симптомов. Однако часто эти вторичные симптомы могут быть более выраженными, чем аффективные, и тогда депрессия протекает с тревогой, двигательной ажитацией, раздражительностью, истерическим поведением, навязчивостями, ипохондрией и злоупотреблением психоактивными веществами. И если при классической депрессии диагностика не вызывает затруднений, то при выраженных вегетативных и соматических симптомах это психическое расстройство распознать бывает весьма сложно.

Депрессивные состояния на первом году жизни. Депрессивное состояние, возникшее в связи с отрывом ребенка от матери (анаклитическая депрессия), характеризуется прогрессирующей потерей интереса к окружающему миру, исчезновением аппетита, снижением массы тела, замедлением темпа развития. Наблюдается бедность мимики младенца, вялая реакция на звуковые раздражители, двигательная заторможенность, крики по ночам в сочетании с нарушением сна. Дети становятся плаксивыми, грустными, боязливыми. При попытке общения они прижимаются к взрослому, требуют внимания. В последующем усиливаются сниженное настроение и раздражительность. Постепенно плаксивость исчезает, и на первый план выходят безразличие, потеря интереса к чему-либо, отсутствие потребности в общении со взрослыми. Большую часть времени ребенок лежит на животе, отвернувшись. Характерно замершее или тоскливое выражение лица. Общение с ребенком становится все более трудным и, наконец, невозможным. Анаклитическая депрессия обычно возникает у младенцев в возрасте 6-11 месяцев спустя 4-6 недель после внезапного ухода матери. Возвращение матери в течение первых трех месяцев приводит к быстрой редукции симптоматики. Разлука сроком более трех месяцев

способствует закреплению симптомов болезни. Выделяют вегетативный, соматизированный и регрессивно-апатический варианты анаклитической депрессии.

Вегетативный вариант анаклитической депрессии проявляется относительно неглубоким снижением настроения в виде грусти, печали, особенностями мимики (серьезное выражение лица, отсутствие улыбки), плаксивостью. Характерным является наличие вегетативных расстройств. Нарушения сна проявляются трудностью засыпания, беспокойством во время дневного и ночного сна с частыми пробуждениями. Расстройства питания включают частые срыгивания, отсутствие прибавки массы тела при сохранении нормального и даже повышенного аппетита, утрату чувства насыщения при приеме пищи. Вегетативная депрессия чаще наблюдается при прерываемой депривации, когда бросившая ребенка мать эпизодически его навещает.

Соматизированный вариант анаклитической депрессии проявляется психосоматическими расстройствами (экзема, нейродермит, бронхиальная астма и др.), отесняющими на второй план собственно депрессивную симптоматику. Течение заболевания затяжное или волнообразное. Характерным для настроения детей является оттенок равнодушия. Их поведение при этом необычно спокойное, с повышенной послушностью, молчаливостью, отстраненностью. Младенцы, как правило, перестают плакать и требовать к себе внимания, не ищут зрительного контакта со взрослыми, выглядят заторможенными, мало перемещаются по манежу, не замечают игрушек и не понимают условий предлагаемой им игры. При тщательном наблюдении выявляется классическая депрессивная триада в виде сниженного настроения, речевой и двигательной заторможенности, доходящей в ряде случаев до ступора. На фоне этого достаточно часты сосания пальцев, частей тела и одежды.

Регрессивно-апатической анаклитической депрессии, как правило, предшествует вегетативная и соматизированная. Дети выглядят неподвижными, безучастными, беспомощными, отрешенными. Отсутствуют прибавка роста и массы тела. Могут возникать аутоагрессивные тенденции, а также кататонорегрессивные симптомы: ходьба на цыпочках, манежный бег, манерность позы. Дети резко отстают в развитии. Наблюдается нарушение аппетита, равнодушие к игрушкам, неприязнь к другим детям, неустойчивость настроения, соматические расстройства.

Депрессивные состояния в дошкольном возрасте. В дошкольном возрасте на первый план обычно выступают следующие признаки депрессии: тихий голос, печальное выражение лица, скупая мимика, старческая походка. При этом в отличие от депрессивных взрослых у детей отмечаются повышенная слезливость или постоянная готовность к плачу, выраженная тем больше, чем младше ребенок. Дети в депрессивном состоянии плачут по малейшему поводу: при обиде, замечании или поощрении, приходе в дом постороннего. Отмечаются также повышенная чувствительность, жалостливость (дети могут плакать после просмотра мультфильма, жалеть неодушевленные предметы). Они не отпускают от себя мать, просят взять их на руки, покачать, в их речи появляются младенческие интонации. Между тем дети выглядят не столько печальными, сколько мрачными и угрюмыми. В отличие от депрессии у взрослых «вектор вины» при детской депрессии направлен вовне. Дети недовольны отношением к ним родителей, считают их виновными в плохом самочувствии, сниженном настроении, высказывают массу претензий и упреков. Начинают сомневаться в любви родителей. Всякое замечание, недовольство родителей провоцирует приступы двигательного беспокойства с криком, плачем, нелепыми угрозами и поступками, вплоть до демонстративных попыток самоубийства. Важно отметить, что депрессия должна быть заподозрена и в случаях пассивной подчиняемости, исключительной примерности в поведении и возврате к старым игрушкам. Характерными для депрессии у детей в дошкольном возрасте также являются: частые необъяснимые боли в животе, головные боли, усталость, чрезмерная активность и нетерпеливость в играх, грустный вид, расстройство по пустякам, повышенная раздражительность, отсутствие удовольствия от игр и забав, видение мира в мрачных тонах.

Депрессивные состояния в начальной школе. В начальной школе одним из ранних признаков детской депрессии является школьная дезадаптация. Она, как правило, нарастает постепенно, проявляясь в трудностях осмысления и запоминания учебного материала. Дети все больше времени тратят на приготовление домашних заданий, не понимают прочитанного. Многократно пересказав текст дома, на другой день не могут вспомнить его у доски, не могут решить простейших задач, путают счет. Начинают плакать, причитая, что все их усилия напрасны, что «все равно будет двойка». У младших

школьников выражены: замкнутость, безразличие, потеря интереса к играм, школьным занятиям, тоскливое настроение. До 12-13 лет дети жалуются на то, что им скучно, что «ничего не интересно», «невыносимо», «хочется плакать». Они становятся крайне рассеянными, забывают дома тетради, учебники, жалуются на потерю памяти: «совсем глупая стала», «не умею учиться», «силюсь понять и не понимаю». Считают, что учителя их недолюбливают за «тупость», сверстники презирают, стремятся обидеть, смеются над их плохой успеваемостью, что они неинтересны, неприятны, и даже родители отдают предпочтение другим детям в семье. Появляется и несвойственная ребенку медлительность, неловкость. Дети подолгу одеваются, не могут бегать, играть со сверстниками на переменах, на уроках физкультуры выглядят вялыми и неуклюжими, постепенно прекращают посещать спортивные секции, требующие физического напряжения. Связно объяснить свое состояние не могут, на все вопросы отвечают «не могу», «не хочу» или каждый раз ссылаются на новые несущественные причины. В этом возрасте весьма характерны соматические «маски» депрессии. Нарушение настроения может проявить себя болями в животе, тягой к сладкому и изменением пищевого поведения (гастроэнтерологическая маска), острыми болями в области сердца на вдохе (кардиологическая маска), диспноэ (пульмонологическая маска). Следовательно, наиболее типичными симптомами депрессии у детей в начальных классах средней школы проявляются следующим образом: ребенок испытывает трудности при общении с людьми, отказывается участвовать в школьных мероприятиях, встречах с друзьями, семейных торжествах, его физическая активность уменьшается, развиваются вялость, апатия, появляются мысли о кончине, выбираются книги, игры, музыка, где поднимается тема смерти. Дети рисуют только черным и серым карандашами. Ребенок имеет слишком низкий уровень самоуважения, считает себя бесполезным и никчемным. Вырабатывается саморазрушительное поведение, ребенок даже может наносить себе травмы. Возникают серьезные проблемы в школе, ухудшаются оценки. Наблюдается бессонница ночью и сонливость днем. Характерна «соматизация» появления соматических «масок» депрессии.

Депрессии у подростков. Депрессии у подростков приобретают черты, характерные для пациентов взрослого возраста, однако отмечаются и некоторые особенности. К чувствам грусти, тоски, печали присоединяются идеи собственной никчемности, ущербности. Проявления могут быть очень разными: подросток может стать вялым и апатичным, грубым и непослушным, может тревожно говорить и думать только о своем здоровье или внешности. При этом школьник не может сесть за уроки, ругая себя за лень и отсутствие силы воли. При отсутствии успехов от занятий подросток стремится избежать ситуаций, контролирующих качество обучения: тайком пропускает некоторые уроки, контрольные, а затем и вовсе прекращает посещать школу. Родители, педагоги, одноклассники нередко не могут объяснить изменение характера подростка и снижение его успеваемости, расценивая это как лень и распушенность или находя этому причины в ссоре с приятелями, влиянии дурной компании. К такому подростку подходят с дисциплинарными мерками - требованиями, наказаниями. Уязвленный подросток реагирует на все замечания грубостью, резкостью, а иногда и физической агрессией. Он становится конфликтным, драчливым, нетерпимым. В семье он скрытен, враждебен, особенно, к тому из родителей, кто проявляет большую жесткость и прямолинейность. В структуре депрессии подросткового возраста отмечается утрата чувства физического благополучия и стабильности образа собственного тела. Подростки кажутся себе «уродливыми, безобразными, нелепыми». Наиболее угрожающим проявлением депрессии в этом возрасте может стать так называемая «интеллектуальная блокада». Происходит значительная утрата способности концентрировать внимание, понимать и запоминать прочитанный материал. Последствиями депрессивного эпизода с такими грубыми когнитивными нарушениями может стать «провал» на экзаменах, падение успеваемости и, как следствие, - дисциплинарные меры в школе и дома. С депрессией часто связан уход подростка в антисоциальную группу. Употребляя психоактивные вещества, молодые люди временно «освобождаются» от симптомов депрессии, им субъективно становится легче. Наиболее характерные проявления депрессии в подростковом возрасте: внезапный «крах» в учебе, нежелание что-то делать, тотальный нигилизм и необъяснимая лень, появление взвинченности, нетерпимости, агрессивности, уход в подростковую группу с антисоциальным поведением и употребление психоактивных веществ.

Циклотимия (F 34.0) - стойкая нестабильность настроения с многочисленными периодами угнетенного настроения (не достигшего критериев легкого депрессивного эпизода) и гипоманией.

Дистимия (F 34.1) - хроническое угнетение (депрессия) настроения (у взрослых продолжительностью не менее нескольких лет, у детей и подростков - от 8 месяцев до 1 года), регулярно прерываемое кратковременными периодами нормального психического состояния и сопровождающееся изменением аппетита, сна, сниженной самооценкой, затруднением в принятии решений и ухудшением концентрации внимания. У пациентов имеется повышенная наследственная отягощенность аффективной патологией. Дистимия приводит к ограничениям в учебе и социальном функционировании.

Диагностика. Основные симптомы, характерные для депрессии (депрессивного эпизода): снижение настроения, очевидное по сравнению с присущей пациенту нормой, преобладающее почти ежедневно и большую часть Дня и продолжающееся не менее 2 недель вне зависимости от ситуации; отчетливое снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями (ангедония); снижение активности и повышенная утомляемость. Дополнительные симптомы включают: заниженную способность к сосредоточению внимания; снижение самооценки и чувство неуверенности в себе; идеи виновности и самоуничтожения; мрачное и пессимистическое видение будущего; идеи или действия, касающиеся самоповреждения или самоубийства; нарушенный сон и аппетит.

Лечение. При лечении депрессивных расстройств применяются антидепрессанты, анксиолитики, стабилизаторы настроения, электросудорожная терапия, различные средства для преодоления терапевтической резистентности.

Общие рекомендации для родителей заключаются в следующем: требуется избегать семейных конфликтов, разговоров на повышенных тонах, поскольку теплота отношений и взаимопонимание родителей - лучшая профилактика депрессии у ребенка; не следует поселять малыша с бабушками и дедушками, какими бы любящими они ни были. Для его душевного благополучия крайне важно жить с родителями; не следует отдавать ребенка в детский сад до 5-6 лет; если произошло прибавление в семье, нужно оказать ребенку психологическую поддержку (дети до 10 лет в этой ситуации чувствуют себя заброшенными); нужно чутко прислушиваться к душевному состоянию ребенка поздней осенью, зимой и ранней весной (эмоциональный спад в это время года испытывают практически все люди, а от явной депрессии страдает каждый пятый человек). При высоком риске поведения ребенка с агрессией, направленной на себя, необходимо создать для него безопасную обстановку: убрать подальше острые, режущие, колющие и стеклянные предметы. При антивитальных высказываниях нужно вызывать ребенка на откровенность, уметь задавать ему прямые вопросы о смерти. Большинство людей, включая детей и подростков, задумавших самоубийство, охотно делятся своими планами. Очень важно, чтобы с депрессивными детьми постоянно находились взрослые люди, нельзя оставлять их наедине с собой. Нужно структурировать время депрессивного ребенка, проводя таким образом терапию занятостью. Недопустимо лежание в постели в дневное время без сна. Обязательным является посещение школы.

ЛЕКЦИЯ № 5

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, НАЧИНАЮЩИЕСЯ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

В МКБ-10 рассматриваемые расстройства объединяются в две подгруппы: нарушение активности и внимания (F 90.0) и гиперкинетические расстройства социального поведения (F90.1). В DSM-IV эти расстройства включены в рубрику «Дефицит внимания /гиперактивность».

Расстройства, описываемые в научной литературе под названиями гипермоторный синдром, синдром двигательной расторможенности, гиперкинетического поведения, синдром гиперактивности, гипердинамический синдром, довольно широко распространены и встречаются примерно у 3% детей

младшего школьного возраста с преобладанием у мальчиков (3:1), а в стационарах это соотношение выше (6:1 или 9:1). Возрастной диапазон расстройств - 1,5-15 лет.

Синдром гиперактивности нозологически неспецифичен. Чаще всего причиной является раннее органическое повреждение головного мозга (токсикозы беременных, родовые травмы, ранние нейроинфекции). Может встречаться у больных с олигофренией, эпилепсией, шизофренией, неврозами. Имеются указания и на роль наследственно-конституционального фактора.

Основными проявлениями служат: избыточность движений, неусидчивость, недостаточная целенаправленность и импульсивность действий, нарушение концентрации активного внимания, неустойчивость эмоций, трудность засыпания. Такие дети постоянно бегают, хватают первые попавшие под руку предметы, задают много вопросов, не слушая на них ответы. Повышенно драчливы. Привлечь их внимание удается на очень короткое время. Естественно, страдает и овладение школьными навыками.

Согласно МКБ-10 главными признаками гиперкинетического расстройства являются невнимательность, гиперактивность, импульсивность.

Перечисленные выше симптомы проявляются во всех ситуациях (в школе, дома, в гостях) и не соответствуют уровню развития ребенка, а также не обусловлены его негативным отношением к какому-либо человеку или ситуации. При гиперкинетическом синдроме церебрально-органического генеза кроме соответствующих указаний в анамнезе отмечается неврологическая микросимптоматика, изменения на ЭЭГ, ригидность психических процессов, непроизвольные гиперкинезы, локальные нарушения психических функций (памяти, стереогноза, аграфия, алексия, акалькулия). У детей с олигофренией выражены признаки общего умственного недоразвития.

При шизофрении наряду с гиперактивностью присутствуют явления аутизма, эмоционального оскудения, мутизма, вычурность движений, страхи, другие психопатологические расстройства.

У гиперактивных детей с эпилепсией наблюдаются специфические изменения личности (вязкость мышления, эмоциональная взрывчатость, садистские наклонности), дисфории, другие пароксизмальные проявления.

Невротическая гиперактивность обнаруживает тесную связь с ухудшением или улучшением психологической обстановки.

Гипердинамический синдром может быть и при текущих органических заболеваниях головного мозга: нейроревматизме, хроническом эпидемическом энцефалите и др. Чаще всего явления гиперактивности к 14-15 годам сглаживаются и потом исчезают, если нет текущего органического или психического заболевания.

При неблагоприятном течении гиперкинетического синдрома церебрально-органического генеза в пубертатном возрасте он трансформируется в психопатоподобный синдром и может в дальнейшем вести к стойкому нарушению развития личности по аффективно-возбудимому или неустойчивому типу.

Дети с гиперактивностью доставляют много хлопот воспитателям, учителям, родителям. Они часто вступают в драки и со сверстниками. Нередко такое поведение детей со стороны взрослых расценивается как хулиганство, невоспитанность, нарочитость и применяются «соответствующие» меры воспитания. Учителя ставят плохие оценки по поведению, вызывают родителей. Родители в свою очередь наряду с постоянными словесными внушениями применяют и физические меры наказания.

Поэтому коррекционную программу надо начинать с работы с учителями и родителями, объясняя им, что такое поведение ребенка не зависит от его злой воли, а обусловлено состоянием нервной системы. Для родителей должно послужить утешением, что со временем эти явления пройдут.

Если ребенка невозможно удержать в детском коллективе (например, дезорганизует всю работу класса), то его переводят на индивидуальное обучение на дому.

Родителей следует приучить к мысли, что быстрый эффект невозможен, что на коррекцию потребуются месяцы и годы терпеливого труда.

Коррекционная работа в основном должна преследовать такие цели: выработку способности к концентрации внимания, координации движений, целенаправленной деятельности. Этому могут содействовать занятия конструированием у мальчиков, вышивании и вязанием — у девочек. Причем важен не результат, а сам процесс. Всегда должно присутствовать положительное вербальное и эмоциональное подкрепление. Полезными будут занятия спортом, плавание в бассейне.

Необходимо, чтобы выполнение домашних учебных заданий было дозированным по времени и увлекательным по форме.

Что касается медикаментозной терапии, то она должна быть направлена в первую очередь на лечение основного заболевания.

РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ

Различные формы нарушения поведения являются частыми в детском возрасте. К данной категории относятся те из них, которые не являются следствием каких-либо психических расстройств: эпилепсии, шизофрении, умственной отсталости, гиперкинетических расстройств, депрессии. Они также не соответствуют возрасту ребенка. Для данной клинической квалификации нарушения поведения не должны носить эпизодический характер, а быть довольно продолжительными - не менее 6 месяцев.

Нарушения поведения могут иметь различный характер. Наиболее часто встречается **аффективно-возбудимый (диссоциальный) вариант**. Такие дети отличаются повышенной раздражительностью, гневливостью, повышенной готовностью к конфликтам с окружающими, склонностью к эмоциональным разрядам. Они способны быть жестокими по отношению к людям и животным, что может носить даже садистский характер. Иногда они могут портить вещи, совершать поджоги, воровать дома или в школе. Правила, установленные взрослыми (родителями, воспитателями, учителями), не выполняют и им не подчиняются. Такой стиль поведения проявляется не только в семье, но и в детском саду, в школе.

Вспышки гнева или разрушительных действий обычно не обусловлены конкретной психологической ситуацией. Такие дети заранее как бы настроены враждебно ко всем окружающим. Образно выражаясь, это «ежики», которые «сразу выпускают иголки» на любую ситуацию, не глядя на то, благоприятная она для них или нет.

Причины такого поведения зависят не только от воспитания. Имеют большое значение ранние органические поражения головного мозга: патология беременности и родов, нейроинфекции и черепно-мозговые травмы, наличие расстройств зрелой личности (психопатии) у родителей. Если, например, у отца имеют место расстройства личности по типу диссоциального (аффективно-возбудимого), эмоционально-неустойчивого или импульсивного поведения, то есть большая вероятность формирования такого поведения у сына.

Коррекция нарушения поведения должна носить в первую очередь психотерапевтический и педагогический характер, но такие дети являются проблемными и в семье, и в школе. При этом часто родители и учителя переходят на репрессивные меры воздействия. Однако практика показывает, что такие меры малоэффективны. Иногда они приводят к обратному эффекту. Поэтому по отношению к таким детям нужны терпение, любовь и внимание. Очень важно следить переключение внимания и энергии ребенка на те виды деятельности, к которым он тяготеет или способен: занятия спортом, рисование и т.д.

Чаще всего дети с таким нарушением поведения имеют склонность к лидерству. Поэтому иногда полезно попросить (но не приказать!) выполнить какую-либо ответственную роль в семье (наблюдение за младшим ребенком) или в классе (наблюдение за порядком). Однако важно следить, не проявят ли такие дети жестокости к подопечным.

Прогноз. Может быть различным. По мере взросления после пубертатного периода особенности поведения могут сглаживаться. В последующем может быть акцентуация характера. В худшем случае формируются стойкие расстройства личности диссоциального (аффективно-возбудимого), эмоционально-неустойчивого или импульсивного типа.

Близким по проявлениям к диссоциальному типу поведения является *оппозиционно-вызывающее расстройство*. Оно встречается чаще в возрасте 9-10 лет. Данное расстройство заключается в основном в неприятии указаний взрослых, негативном отношении к ним, обидчивости, непереносимости командования. Однако данное расстройство поведения по сравнению с описанным выше является более «мягким» и обычно не включает разрушительных действий. Прогноз чаще всего благоприятный. Нарушения связаны с возрастными особенностями психики. При декомпенсации кроме педагогических мер могут назначаться анксиолитики.

В МКБ-10 выделяется *социализированное расстройство поведения*. Особенностью данного нарушения поведения является то, что оно проявляется в группе сверстников и является следствием одной

из реакций подросткового возраста - реакции группирования. Это генетически обусловленная потребность детей данного возраста создавать компании сверстников. Они общаются и обмениваются информацией в группе. Иногда имеют место свои жаргон, прически, форма одежды, увлечения. Мнение группы для таких детей важнее мнения взрослых. Названные возрастные группировки чаще всего не представляют проблем для психиатров или правоохранительных органов. Все зависит от доминирующих ценностей и личности лидера.

Основой для постановки данного диагноза являются ситуации, когда в группе в целом и у каждого ее члена в отдельности проявляются антисоциальные формы поведения: воровство, бандитизм, хулиганство, грабежи, злоупотребление алкоголем и наркотиками, сексуальные насилия. Нарушения имеют групповой характер. Участниками таких групп могут быть и подростки без антисоциальных тенденций, но зависимые и слабовольные. Если бы они попали в другую группу с положительными социальными тенденциями (тимуровцы), то не представляли бы проблем.

В антисоциальных группах могут быть и лица с аутистическими чертами, которые активных антисоциальных действий не совершают, но присутствуют при этом формально и отстраненно.

Коррекция социализированных (групповых) форм нарушения поведения является делом сложным. Не исключается индивидуальная работа, нужны также действия по «разрыхлению» группы. Иногда это происходит само собой, когда антисоциальный лидер уезжает на другое место жительства, попадает в колонию и др. Родителям подростков такой группировки требуется терпеливая и деликатная работа по «развенчиванию» их идеала, чтобы подростки посмотрели на него и свои дела другими глазами.

Для профилактики социализированного расстройства поведения у детей родители не должны бороться с компаниями своего сына или дочери. Не следует их изгонять из своей квартиры лишь по той причине, что они будут шуметь или загрязнят пол. Надо приближать их к себе. Это даст возможность знать доминирующие ценности группы и вовремя вмешаться.

Отдельным пунктом в МКБ-10 выделяются расстройства поведения, проявляющиеся только в рамках семьи. Они могут возникать при слишком жестком воспитании ребенка, когда подавляются все его желания и личность; появлении в семье неродного родителя (мачехи или отчима); как проявление детской ревности после рождения младшего ребенка. Характерно, что в данных случаях за пределами семьи выраженных нарушений поведения не отмечается.

РАССТРОЙСТВА СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ С НАЧАЛОМ, СПЕЦИФИЧНЫМ ДЛЯ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Данная группа расстройств (F 94 по МКБ-10) не имеет конституциональной предрасположенности. Причины кроются в неблагоприятной для ребенка среде. В частоте проявлений нет существенных различий между мальчиками и девочками.

В клиническом плане наиболее очерченным является *элективный (частичный, избирательный) мутизм*. Данное расстройство предполагает отказ от речи только в определенной среде (детский сад, школа) или с определенными неприятными для ребенка людьми. В других же ситуациях (семья, друзья) общение носит полноценный характер. У детей с элективным мутизмом нет умственной отсталости, шизофрении, раннего детского аутизма. Причиной является психотравмирующий фактор.

Под нашим наблюдением находился мальчик, который однажды плохо отвечал у классной доски. Учительница зло высмеяла его. Класс, к сожалению, тоже присоединился к учительнице. Несколько дней и учительница, и одноклассники напоминали ребенку о неудаче. Мальчик был эмоционально ранимым и несколько тревожным, что нередко бывает у детей с элективным мутизмом. И через некоторое время мальчик в школе перестал разговаривать. Общение и поведение вне школы было обычным. В школе в данном случае пришлось отказаться от устных ответов и перейти на письменные. Ребенок далее был переведен в другую школу. В целом коррекция длилась около двух лет. У некоторых детей с элективным мутизмом в премор-биде отмечаются проблемы с речью (задержка, дислалии). *Профилактика* элективного мутизма заключается в бережном отношении к психике ребенка со стороны взрослых. Если лее болезнь проявилась, то упреки или другие репрессивные меры недопустимы. В первую очередь требуются психолого-педагогические меры коррекции и психотерапия. Показаны анксиолитики. Дети обычно

плохо переносят смену коллектива (новый детский сад или новая школа), однако смена коллектива в данном случае может быть полезной.

Другие формы расстройств социального функционирования (реактивное расстройство привязанности и расторможенное расстройство привязанности) в диагностическом плане менее дифференцированные и четкие, Они встречаются у детей до 5 лет. Являются следствием грубо неадекватной формы заботы о ребенке или связаны с жестоким психологическим отношением к нему, пренебрежением его потребностями.

У детей с реактивным расстройством привязанности отмечаются повышенная боязливость и настороженность, иногда наблюдаются факты агрессии, направленной на себя или других детей. Отношение ко взрослым может иметь амбивалентный характер. Например, когда детей берут на руки, они отводят взгляд в сторону. При этом такое поведение не связано с определенной ситуацией или конкретным лицом. Иногда внешнее поведение таких детей может быть похожим на таковое у детей с аутизмом. В отличие от последнего у детей с данным расстройством есть стремление к общению, хотя оно и недостаточно продуктивно. В отличие от шизофрении нет прогредиентности процесса.

Расторможенное расстройство привязанности заключается в основном в прилипчивости к определенным людям или имеет диффузный характер. С возрастом отмечается неразборчивость дружеских отношений. В отличие от детей с гиперкинетическими расстройствами у детей данной группы нет выраженной двигательной расторможенности и грубых нарушений внимания. Такая форма поведения чаще всего возникает при частой смене воспитателей детских учреждений, приемных семей.

Помощь заключается в коррекции воспитательного подхода и среды обитания ребенка. Психотерапия должна быть направлена в первую очередь на тренировку навыков общения. В комплекс лечения могут включаться и легкие седативные средства (*натрия бромид, препараты валерианы*).

ТИКОЗНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Согласно МКБ-10 *тикозные расстройства* - непроизвольные, быстрые, повторяющиеся, неритмичные движения или звуки, которые воспринимаются как непреодолимые, но обычно их можно подавить на различные периоды времени.

Тики диагностируются при отсутствии доказательств наличия неврологической патологии, лежащей в основе расстройств. Для тиков (обычно) характерно исчезновение во время сна, легкость, с которой они могут быть вызваны или подавлены.

Выделяют двигательные и вокальные тики. К простым двигательным тикам относятся мигание, гримасы, наморщивание лба, открывание рта, потряхивание головой или плечами и другие проявления, к сложным двигательным тикам - движение вприпрыжку, подпрыгивание, топтание на месте, постукивание, почесывание, кусание, нанесение ударов, эхопраксия, копропраксия и др. Вокальные тики проявляются в виде откашливания, покашливания, плевков, хрюканья, криков, шумных вдохов и выдохов, эхоталии, копролатии (использование социально неприемлемых, часто непристойных слов) и других проявлений.

Тиковые расстройства могут носить транзиторный характер (не более 12 месяцев) или хронический. По тяжести они могут расцениваться почти как нормальное явление (когда у одного из пяти или десяти детей проявляются транзиторные тики). В то же время при синдроме Жилля де ля Туретта (синдроме Туретта), относящемся к редким расстройствам, течение тяжелое, хроническое, приводящее к инвалидизации.

Усиливать тики могут стресс, чувство радости, просмотр телевизионных передач. При деятельности, требующей концентрации внимания, тики могут уменьшаться. Дети старшего возраста, подростки могут на некоторое время подавлять их, однако в условиях семьи они наиболее выражены.

Тики намного чаще встречаются у мальчиков (преходящие тиковые расстройства у них в течение жизни в детском и подростковом возрасте наблюдаются с частотой до 25%; распространенность хронических тиковых расстройств - 2-3%). Синдром Туретта встречается с частотой от 1:100 до 1:1000 при разной степени тяжести проявлений.

Этиология тиковых расстройств до настоящего времени окончательно не выяснена. Преобладающим на сегодняшний день является нейробиологический подход.

Патогенез тиков связывают с нарушением модуляции нейронной активности в субкортикальных нейронных системах с участием трансмиссивных систем (дофаминергических, серотонинергических,

холинергических, ГАМК-ергических, опиоидных). Имеются данные о семейной отягощенности тикозными расстройствами как тран-зиторными, так и хронически текущими, включая синдром Туретта).

Диагностика. Тикозные расстройства следует дифференцировать со стереотипными повторяющимися движениями, наблюдающимися при некоторых случаях аутизма, умственной отсталости. Обсессивно-компульсивные расстройства, напоминающие сложные тики, в отличие от них характеризуются деятельностью, имеющей определенную цель (к примеру, поворачивание определенное число раз, постукивание по определенным предметам и т.д.). В то же время тикозные расстройства могут сочетаться с навязчивыми и ипохондрическими феноменами, специфическими нарушениями развития.

Лечение. Включает психообразовательные методы, позволяющие дать разъяснения относительно симптоматики и прогноза родителям, ребенку, учителям. Из психотерапевтических методов для преодоления вторичных проблем (проблем стигматизации, когда за ребенком закрепляются прозвища «сумасшедший», «невротик») может быть показана игровая, разговорная психотерапия, сосредоточенная на проблемах подростка, имеющих для него значение в данное время.

НЕОРГАНИЧЕСКИЙ ЭНУРЕЗ

Энурезом называют непроизвольное мочеиспускание в дневное или ночное время у ребенка 4-5 лет, если оно не обусловлено недостаточным контролем функции мочевого пузыря вследствие какого-либо неврологического нарушения, эпилептических припадков или структурной аномалии мочевыводящих путей. Диагноз правомерен при непроизвольном мочеиспускании в кровати или в одежде с частотой не менее двух раз в месяц в возрасте до 7 лет и не менее одного раза в месяц в возрасте 7 лет и старше, при длительности расстройства не менее трех месяцев.

Энурез может отмечаться с рождения, когда у ребенка не был сформирован навык опрятности (первичный энурез), либо возникать на фоне сформированных и устоявшихся на протяжении не менее 6 месяцев навыков контроля за работой мочевого пузыря (вторичный энурез). У детей младше 5 лет или с умственным развитием, характерным для детей младше 4 лет, энурез, как правило, не диагностируется (в последнем случае он является компонентом тотального психического недоразвития).

Эпидемиология. Точная оценка распространенности энуреза затруднена из-за отсутствия однозначного определения. Имеются сведения, что энурез отмечается приблизительно у 15-20% 5-летних, 5% 10-летних и 2% 12-14-летних детей. У мальчиков он встречается примерно в 2 раза чаще, чем у девочек. К старшему подростковому возрасту процент больных энурезом постепенно снижается и доходит до уровня 1-2% у лиц призывного возраста.

Дневной энурез встречается значительно реже ночного и более характерен для девочек.

Большинство случаев энуреза не имеют явно выраженной органической причины и представляют собой продолжение «физиологического» недержания мочи, свойственного младенческому возрасту.

Этиология и патогенез. Этиопатогенетические аспекты, позволяющие обосновать возникновения энуреза, учитывают две группы факторов: биологически-конституциональные и психологические (психосоциальные). Так, установлено, что имеется генетическая предрасположенность к энурезу, поскольку около 70% пациентов с этим видом расстройства указывают на наличие близких родственников с энурезом. Конкордантность по энурезу у однояйцовых близнецов значимо выше, чем у разнояйцовых.

Имеются данные о дефекте установления правильного циркадного ритма выброса вазопрессина (антидиуретического гормона), обеспечивающего в норме снижение диуреза в ночное время.

В первой группе факторов также рассматривается недостаточная физическая зрелость, не позволяющая к определенному возрасту осуществлять функции контроля в отношении мочевого пузыря. Имеют значение также инфекции мочевыводящих путей.

Вторая группа факторов включает психотравмирующие воздействия, которые могли иметь место в процессе неправильного воспитательного подхода (излишняя строгость, жестокие наказания в период формирования навыков опрятности), неблагоприятные стрессовые события.

Таким образом, вторичный энурез может возникнуть в силу следующих причин:

♦ острой реакции на стресс и расстройства адаптации (возникшего на фоне острой - испуг и т.п. - либо хронической - например, напряженная обстановка в семье с наличием частых конфликтов - психотравмирующей ситуации);

- ◆ несахарного диабета или приема мочегонных препаратов, которые могут вызывать полиурию и учащенное мочеиспускание;
- ◆ судорожных припадков;
- ◆ анатомических аномалий мочевыводящих путей;
- ◆ острой инфекции мочевыводящих путей. Заболевания паренхимы почек и чашечно-лоханочной системы не приводят к достоверному учащению случаев ночного энуреза.

Вторичный неорганический энурез, связанный с эмоциональным расстройством, обычно обозначаемый в отечественной литературе как невротический энурез, характеризуется отчетливой связью во времени с острой либо хронической психотравмирующей ситуацией, наличием, как правило, сопутствующих расстройств невротического уровня (обычно тревожно-фобических нарушений), а также рано возникающей реакцией личности на имеющийся «дефект» (в виде смущения, стыда, стремления «скрыть» происшедшее). Частота упусканий мочи варьирует от 1 раза в неделю до нескольких раз за ночь без отчетливой взаимосвязи со временем засыпания на фоне тревожного, с частыми пробуждениями сна.

Диагностика. При постановке диагноза «дневной неорганический энурез» необходимо в первую очередь исключить у ребенка наличие умственной отсталости (при наличии последней энурез, как правило, является компонентом общего психического недоразвития).

Дневной энурез в большинстве случаев сочетается с расстройствами активности и внимания и проявляется на фоне таких поведенческих черт, как общее двигательное беспокойство, неусидчивость, обилие лишних движений, недостаточная целенаправленность и часто импульсивность поведения, недостаточное развитие активного внимания.

Высока коморбидность энуреза с энкопрезом. Лабораторно-диагностическое обследование при неорганическом энурезе включает: общий анализ мочи; анализ мочи на бактериурию; пробу Зимницкого; анализ мочи по Нечипоренко; УЗИ почек; общий анализ крови; биохимический анализ крови (мочевина, электролиты).

Если результаты всех этапов обследования не выявляют причин вторичного ночного энуреза, диагностируется первичный ночной энурез.

Лечение. При легких формах - амбулаторное, при стойком и выраженном энурезе, нарушающем социальную адаптацию ребенка, - стационарное.

При первичном энурезе необходима коррекция навыков родителей по тренировке контроля мочеиспускания, что предусматривает избегание наказаний, своевременное поощрение, соблюдение соответствующего диетического режима и т.д.

При лечении психогенного недержания мочи на первый план выходят психотерапевтические и социально-педагогические меры, а затем уже фармакотерапия. Чаще всего психотерапию проводят на фоне медикаментозного лечения. В состоянии сомноленции проводят внушение для достижения состояния внутренней стабильности, спокойствия, равнодушия к перенесенной психической травме. В предсонном состоянии последовательно внушают: 1) состояние сомноленции; 2) ликвидацию определенных симптомов с упором на невротическое недержание мочи; 3) переход гипнотического состояния в физиологический сон.

При лечении лиц с неврозоподобным недержанием мочи следует обращать их внимание на необходимость активного выполнения врачебных рекомендаций, важность избавления от энуреза, на который большинство таких больных не обращают особого внимания. При лечении же лиц с невротическим недержанием мочи следует не фиксировать внимание больного на его расстройстве, избавлять его от чувства собственной неполноценности, ущербности, пониженной самооценки. Поэтому необходимо исключить конфликты в семье и школе, не переутомлять ребенка и т.д. Родители, которые наказывают, ругают ребенка за недержание мочи, могут превратить его в тяжелого инвалида или вызвать у него суицидальные намерения.

Кратко суммируя многочисленные поведенческие методики терапии ночного энуреза, можно предложить следующие рекомендации, подкрепленные многолетней практикой ряда специалистов.

1. До 18-месячного возраста ребенок должен быть приучен к регуляции акта мочеиспускания в дневное время и к двухлетнему возрасту - в ночное время. В семье должен быть спокойный

психологический климат. Детей нельзя наказывать и ругать за недержание мочи. Ребенок должен активно участвовать в своем лечении.

2. Начиная с 18.00-18.30 следует фиксировать внимание ребенка на необходимости контролировать акт мочеиспускания.

3. Вечером необходимо ограничить прием жидкости, не давать супы, молоко, зелень и т.д. Допускается вечерний прием не более полстакана воды.

4. Все эти ограничения должны быть за 2,5-2 ч до отхода ко сну. Спать ложиться следует в 21.00-21.30.

5. Перед сном ребенок должен помочиться и принять *имипрамин* в дозе 1 мг на 1 кг массы тела (до 5-летнего возраста этот препарат не назначается).

6. Спать следует на относительно жесткой постели и твердой подушке.

7. Ночью ребенка не будить для мочеиспускания.

8. Тренировать акт мочеиспускания: сознательно задерживать мочеиспускание при позыве на него.

9. Завести календарь, в котором отмечать сухие и мокрые ночи.

10. Желательно пройти урологическое обследование в условиях стационара.

11. Медикаментозное лечение продолжается, как правило, 2-3 месяца.

12. За каждый положительный эффект ребенка следует поощрять.

13. Диету и общегигиенический режим следует сохранять как можно дольше.

Психотерапия. Всем больным с недержанием мочи независимо от патогенетического варианта проводят: 1) внушение в бодрствующем состоянии; 2) внушение в состоянии выраженной сомноленции или гипотаксии.

Внушение в бодрствующем состоянии следует проводить 1 раз ежедневно в течение 2-3 дней, а затем 1 раз в 3-4 дня. В общей сложности - 7-8 сеансов. Чем ближе к ночному засыпанию используется этот метод, тем более он эффективен (в сочетании с другими методами с учетом особенностей патогенеза расстройства). При лечении пациентов с недержанием мочи следует также использовать методики аутотренинга.

Применяются также приемы семейной, групповой и игровой психотерапии (для коррекции личностных нарушений, усугубившихся или вызванных длительным недержанием мочи и кала либо сопутствующих ему).

Лечение неврозоподобного недержания мочи (встречающегося чаще всех остальных видов непроизвольного мочеиспускания), вызванного чрезмерной глубиной сна (профундосомнией), имеет свои особенности.

При лечении пациентов с профундосомнией, приводящей к ночному и дневному недержанию мочи, используется следующий комплекс:

1) днем следует спать 30-60 мин, перед сном не уставать;

2) стараться спать на боку или животе;

3) перед сном 7-10 раз убежденно внушить себе (мысль, с которой человек засыпает, обычно реализуется во сне): «Мне будут сниться приятные сны, но если захочется помочиться, я проснусь, пойду в туалет, помочусь и вернусь в постель»;

4) лежа в постели, перед сном большой медленно прожевывает 2-3 жареных кофейных зерна, а затем принимает *амитриптилин* или *мезокарб (сиднокарб)* (если непроизвольно выпускает мочу в течение ближайших 1-3 ч после засыпания) либо соответствующую дозу *мелипрамина* (если недержание мочи случается спустя 3-6 ч после засыпания);

5) за 5-15 мин до предполагаемого во сне недержания мочи больного следует будить и отправлять в туалет.

Весь курс длится полгода: медикаменты даются первый месяц ежедневно, второй - через день, третий - два раза в неделю, потом прием препаратов (и кофе) прекращается. Что касается искусственного пробуждения, то первый месяц оно проводится каждую ночь, второй - через ночь, третий — дважды в неделю, затем прекращается.

Целесообразно к этим мероприятиям добавить 3-4 сеанса внушения, направленного на воспроизведение процесса физиологического пробуждения при наполнении мочевого пузыря, научить

пациента аутогенной тренировке. При необходимости во избежание рецидивов весь курс может быть повторен через 1 год.

У больных первичным неврозоподобным недержанием мочи, обусловленным дистонией уретральных сфинктеров, особенно если она сочетается с дисфункцией мочевого пузыря, нередко недержание мочи учащается при перемене метеорологических условий (преимущественно весной и осенью). В таких случаях перед наступлением этого периода нужно проводить профилактическое лечение. Психотерапия больных первичным неврозоподобным энурезом, возникающим на фоне относительной слабости сфинктеров мочевого пузыря, сводится к тому, чтобы в предсонном состоянии внушить больному мысль о крепости сфинктеров и одновременно о его способности вовремя просыпаться, чтобы успеть помочиться.

Одним из самых распространенных физиотерапевтических приемов лечения этого вида недержания мочи является гальванизация области мочевого пузыря, предложенная одним из создателей отечественной физиотерапии А.Е.Щербаком. Процедура продолжается 10-12 мин, на курс - 10-12 процедур через день. Один электрод находится в области лобка, второй - пояснично-крестцового сочленения.

В лечении недержания мочи широко используют различные варианты электростимуляции мышц в области малого таза. Эффективность электростимуляции может быть высокой лишь при лечении неврозоподобного недержания мочи, обусловленного дисфункцией сфинктеров и мочевого пузыря, во всех остальных случаях польза от нее будет в основном за счет психотерапевтического компонента.

Прогноз при неорганическом энурезе в целом благоприятный.

НЕОРГАНИЧЕСКИЙ ЭНКОПРЕЗ

Неорганический энкопрез - повторная непроизвольная или намеренная дефекация в непредназначенных для этого местах (в одежде, на полу). Диагноз неорганического энкопреза устанавливается, если возраст (биографический и ментальный) превышает 4 года, частота эпизодов — более 1 раза в месяц, расстройство наблюдается более 6 месяцев при отсутствии органической патологии как причины недержания кала.

Распространенность. Составляет 1,5% у 7-8-летних детей, у мальчиков встречается чаще, чем у девочек. Так, у детей 10-12-летнего возраста это расстройство наблюдается примерно в 1,3% случаев у мальчиков и в 0,3% у девочек.

Энкопрез в 25% случаев сочетается с энурезом. Как и при энурезе, выделяют первичный энкопрез, когда у детей старше 4 лет никогда не был сформирован навык опрятности, и вторичный - в случаях непроизвольного выделения кала после периода уже сформированного навыка опрятности.

Этиология и патогенез. Среди этиологических факторов рассматривают общие задержки развития в сочетании с разного рода социальными факторами. Выделяют неудовлетворительный уход за ребенком, неадекватные наказания за дефекацию в процессе формирования навыков опрятности, непоследовательное либо слишком раннее приучение к навыкам опрятности, заниженную роль отца в воспитании ребенка и авторитарную позицию матери. Не последнюю роль играют психологические стрессы.

Имеются данные о наследственной отягощенности (15% отцов пациентов отмечали подобное расстройство), роли функциональных дискинезий желудочно-кишечного тракта, склонности к запорам еще до формирования навыков контроля за дефекацией, когда отсутствует своевременный позыв к дефекации.

Клиническая картина. Энкопрез чаще отмечается в состоянии бодрствования. При ночном энкопрезе прогноз неблагоприятный. Отмечается коморбидность с гиперактивностью, снижением сосредоточения, расстройством координации, низкой фрустрационной толерантностью. Вторичный энкопрез обычно начинается в возрасте до 8 лет вследствие тех же психотравмирующих ситуаций, что и вторичный энурез. Данное расстройство производит резко отталкивающее впечатление на окружающих (членов семьи, сверстников), что способствует формированию сниженной самооценки у пациентов.

Лечение. Определяется условиями возникновения расстройства. Положительный результат достигается применением поведенческой терапии, с помощью тренинга навыков опрятности и туалетного тренинга. При дискинезиях показан контроль деятельности кишечника (диета, клизмы). Выработка соответствующего рефлекса осуществляется в результате регулярного пребывания в туалете через 20-30

мин после приема пищи. Всегда целесообразно консультирование родителей в плане правильного их реагирования на расстройство дефекации у ребенка. Со стороны родителей уместны адекватные, своевременные Поощрения, исключение наказаний, привлечение к участию в гигиенических процедурах (душ, стирка одежды, переодевание в чистую одежду). Цель индивидуальной психотерапии - повышение самооценки.

Прогноз благоприятен при соответствующем возрасту развитию и отсутствии дополнительных отягчающих факторов.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИВЫЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Патологические привычные действия (ППД) - группа специфических для детей и подростков патологических явлений, объединяющая стереотипные, ритмичные движения:

- ◆ раскачивание телом и головой (яктация);
- ◆ кусание ногтей (онихофагия);
- ◆ выдергивание волос (трихотилломания, ТХМ);
- ◆ сосание пальцев и языка;
- ◆ мастурбация (онанизм), возникшая в допубертатном возрасте.

Они наблюдаются главным образом перед засыпанием или в одиночестве.

Распространенность отдельных проявлений ППД достаточно высокая (от 6 до 83 % у детей разного возраста, по данным различных авторов). Преимущественное время возникновения яктации и сосания пальца - в грудном и раннем возрасте, трихотилломании - 7-11 лет, онихофагии - в дошкольном и младшем школьном возрасте, мастурбации - в раннем и дошкольном возрасте).

«Прообразами» ППД некоторые авторы считают такие исторически закрепленные формы поведения, "как кормление грудью, сосание соски, жевательных резинок и т.п.

Потребность в ритмической стимуляции проявляется у людей в разном возрасте и в разных формах: укачивание младенцев, использование гамаков, кресел-качалок, ритмично-танцевальные стереотипы.

Этапы динамики ППД по Ю.С. Шевченко:

- ◆ I - преходящих поведенческих реакций;
- ◆ II - формирования стойкого поведенческого стереотипа;
- ◆ III - вторичных личностных реакций на существующие ППД и их последствия.

Привычные действия в случае трансформации в патологические феномены (навязчивые и сверхценные действия, патологические влечения, кататонические расстройства) способствуют социальной дезадаптации ребенка. Выступающие как болезненные проявления, они отличаются резистентностью к терапии.

Отмечено, что отдельные варианты ППД встречаются сочетанно. Так, в парах отмечается сосание пальца и яктация, трихотилломания и онихофагия. Наиболее часто ППД возникают при патологических состояниях, обусловленных сочетанием психогенных, энцефалопатических и наследственно-конституциональных факторов.

Лечение. В соответствии с этиологическими факторами лечение может быть направлено на купирование расстройств как последствий церебрально-органического поражения, интеллектуального недоразвития, задержки двигательного и речевого развития, эмоциональной депривации и т.д. Рекомендуются нормализация детско-родительских отношений.

► Методы психотерапии включают поведенческую терапию, методики релаксации для уменьшения страха и внутреннего беспокойства, формирования альтернативных способов поведения (к примеру, при онихофагии), при гиперактивности, импульсивности - переключение на занятие спортом, другие формы целенаправленной двигательной активности. Детям младшего возраста показана игровая терапия. Применяются также методы гипнотерапии, психодинамической психотерапии. Так, к примеру, с психоаналитической точки зрения выдергивание волос может быть обусловлено подавлением агрессивных импульсов. Эти импульсы, возникающие в неразрешимой для ребенка конфликтной ситуации и направленные вовне, не могут быть реализованы и направляются на свое тело.

► Интегративная психотерапия включает нижеследующее. 1. Ломка привычных поведенческих стереотипов. Ребенок осуществляет ППД в определенном месте (в основном дома), обстановке, при

определенных обстоятельствах. Госпитализация или лечение в другом городе снимает действие источников хронического эмоционального дискомфорта (семейные конфликты, трудности в учебе).

Для профилактики рецидива ППД по условно-рефлекторному механизму целесообразно перед возвращением пациента домой сделать перестановку предметов в комнате ребенка.

2. Дезавтоматизация ППД:

- ◆ «протоколы реализации привычки» (где, в каком часу, как долго производил ППД, о чем думал, какова последовательность действий и т.д.);

- ◆ при совершении ППД во время подготовки уроков следует установить на письменном столе большое зеркало;

- ◆ видеосъемка ППД;

- ◆ сбор выдернутых волос и обгрызенных ногтей в специальный конверт - (для подсчета).

Все эти приемы усиливают звено обратной аферентации в поведенческой системе.

3. Приемы парадоксальной интенции:

- ◆ штучное соревнование на «самого искусного грызуна ногтей »;

- ◆ приурочение выполнения ППД к определенному времени (после обеда в течение 30 мин).

4. Компенсация отказа от удовлетворения патологической потребности удовлетворением непатологической потребности (сосание леденцов вместо пальца и т.п.).

5. Использование отвлекающих приемов (вязание, перебирание четок).

6. При яктации - социально приемлемые альтернативы: кресло-качалка, занятие ритмикой, танцами.

7. Сенсорная замена: игра на дудке, лепка, рисование пальцами, участие в кукольном театре.

8. При ТХМ - вспомогательные средства (косынка, шапочка, парик во время приготовления уроков) + смазывание головы горькой болтушкой (при проглатывании и выдергивании волос).

При лечении мастурбации рекомендуется:

- ◆ правильное физическое и гигиеническое воспитание (сон с руками поверх одеяла, свободная одежда, смена нижнего белья с частотой до 2-3 раз в неделю);

- ◆ упорядоченный сон, жесткий матрас, мытье ног на ночь холодной водой, быстрый подъем по утрам;

- ◆ подвижный образ жизни, занятия спортом;

- ◆ лечение энтеробиоза;

- ◆ поиск интересного хобби;

- ◆ диета с исключением острых блюд, кофе (особенно вечером), переядания на ночь;

- ◆ ограничение информации, возбуждающей сексуальные интересы.

РАССТРОЙСТВА ПРИЕМА ПИЩИ. НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Нарушения пищевого поведения представляют собой широкий спектр клинических проявлений, находящихся между нервной анорексией и булимией.

Нервная анорексия (НА) - состояние, встречающееся преимущественно у девочек в пубертатном и юношеском возрасте и характеризующееся самовызываемой потерей массы тела, чаще с целью коррекции внешности в связи с убежденностью в чрезмерной полноте. Анорексия (от греч. *anorektis* - не имеющий аппетита) - противоестественное отсутствие или резкое ослабление чувства голода.

На сегодняшний день, согласно классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10), к *критериям диагностики* нервной анорексии можно отнести следующие:

1) масса тела сохраняется на уровне как минимум на 15% ниже ожидаемого (более высокий уровень был снижен или так и не был достигнут) или индекс массы тела Кветелета составляет 17,5 либо ниже (соотношение массы тела в килограммах к квадрату роста в метрах). В препубертатном возрасте может обнаружиться неспособность набрать вес в период роста; - 2) потеря веса вызывается самим пациентом за счет избегания пищи, которая «полнит», и одного или более приемов из числа следующих: вызывание у себя рвоты, прием слабительных средств, чрезмерные гимнастические упражнения, использование средств, подавляющих аппетит, и/или диуретиков;

3) искажение образа своего тела принимает специфическую психопатологическую форму, при которой ужас перед ожирением сохраняется в качестве навязчивой сверхценной идеи и больной считает допустимым для себя лишь низкий вес;

4) 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;

5) начало заболевания в препубертатном возрасте - проявления пубертатного периода задерживаются или даже не наблюдаются (прекращается рост, у девочек не развиваются грудные железы и имеет место первичная аменорея, а у мальчиков остаются ювенильными половые органы). При выздоровлении пубертатный период часто завершается нормально, но поздно наступает первая менструация.

Эпидемиология. Данные о распространенности НА разнятся с учетом как анализируемых выборок (по возрасту, полу, культуральным различиям, роду занятий), так и используемых методов оценки. Подлинную распространенность расстройства определить трудно в связи с тем, что пациенты склонны зачастую скрывать свои симптомы. В то же время на протяжении жизни риск развития у женщины синдрома нервной анорексии составляет около 3%. Имеются указания на то, что распространенность НА у женщин на протяжении жизни в целом составляет 0,5 - 3,7% (с учетом субклинических форм). В настоящее время имеет место увеличение количества расстройств пищевого поведения в мире даже в тех странах, где ранее они были весьма редки (Япония, Китай, Испания, Аргентина, Фиджи и др.).

Расстройства пищевого поведения чаще встречаются у женщин (в сопоставлении с мужчинами как 6:1 - 10:1), что во многом опосредуется большей частотой раннего использования диет и сопутствующими психиатрическими проблемами (последние повышают риск развития пищевых расстройств в 7 раз). Наиболее высокие показатели заболеваемости характерны для возрастной группы 13-20 лет, гораздо реже начало НА приходится на препубертатный период и зрелый возраст. Отмечается общая тенденция увеличения доли страдающих НА по мере увеличения возраста от 15 до 24 лет. У мужчин пик заболеваемости приходится на более ранний возраст - около 12 лет. При этом, как правило, наблюдается не истинная НА, а синдром обычно в рамках шизофрении. НА является третьим наиболее часто встречающимся расстройством среди американцев, 95% случаев которого наблюдается у женщин. Данные эпидемиологических исследований, свидетельствующие о распространенности расстройств пищевого поведения (в том числе НА), в странах СНГ отсутствуют. У пациентов, страдающих НА, отмечен высокий уровень коморбидных психических расстройств: большая депрессия или дистимия (50-75%), обсессивно-компульсивное расстройство (25%), тревожные расстройства, зависимость от психоактивных веществ, личностные расстройства. В анамнезе пациентов, страдающих НА (а также нервной булимией), в 20-50% случаев имеются указания на то, что они были жертвами сексуального насилия в детстве.

Этиология и патогенез. В настоящее время недостаточно ясны. "По-видимому, расстройство возникает в результате сочетания индивидуальной предрасположенности и социальных факторов, индуцирующих к соблюдению диеты. При возникновении этого расстройства реакция семьи может способствовать его закреплению.

Генетические факторы. Родственники первой линии родства имеют большую вероятность развития НА. У монозиготных близнецов отмечена большая конкордантность по заболеваемости НА, чем у дизиготных. Данные современных исследований подтверждают существенную роль наследственных факторов, опосредующих проявления очистительного поведения (самовызываемая рвота), ограничительных паттернов питания, растормаживания аппетита.

Гипоталамическая дисфункция. Серьезные расстройства регуляции массы тела наряду с аменореей (в некоторых случаях предшествует похудению) при НА акцентируют внимание на вероятности функциональной или органической дисфункции (кахексия Симмондса, поражение преоптического ядра гипоталамуса, височной миндалины и др.)- Современные данные указывают, что большинство эндокринных нарушений и расстройств обмена веществ являются вторичными по отношению к голоданию.

Психологические, социально-психологические и внутрисемейные факторы. Пубертатный и юношеский возраст являются теми периодами, в рамках которых отмечается закономерное повышение внимания к собственной внешности. Далеко не последнюю роль при этом играют наряду со значимыми биологическими причинами (в том числе бурный гормональный дрейф периода полового созревания, интенсивные изменения пропорций тела) психологические и социально-психологические факторы (пробуждающееся сексуальное влечение, характерологические реакции подросткового возраста, в том числе реакции эмансипации, группирования со сверстниками, новый социальный статус подростка с расширением репертуара исполняемых социальных ролей, в целом большая ранимость психики подростка, личностная незрелость и пр.). Убежденность в необходимости коррекции своей фигуры, похудении может провоцироваться и усиливаться неосторожными замечаниями педагогов, родителей, сверстников, спортивных инструкторов и тренеров об «избыточной полноте», а также средствами массовой информации, проповедующими похудение как самоцель с использованием «безопасных средств для быстрой коррекции фигуры. Легкость вовлечения в такого рода поведение именно лиц подростково-юношеского возраста объясняется еще и недостаточной критичностью, большой эмоциональностью и зачастую незрелостью механизмов прогнозирования последствий нарушенного пищевого поведения, необходимостью поиска подтверждений гармоничности индивидуального развития и «идеала» для подражания у этого возрастного контингента.

В целом примерно каждая третья женщина в разные периоды своей жизни использует «экстремальные» методы контроля веса, что может быть весьма определенным предвестником более серьезных пищевых расстройств. Так, вероятность развития клинически выраженной нервной анорексии в 18 раз выше у тех девочек-подростков, которые используют жесткие диетические программы, и в 5 раз выше - при умеренных диетических ограничениях в сопоставлении с теми подростками, которые диет не придерживаются вовсе. Широко доступные женские журналы предлагают большое количество информации, преследующей цель снижения веса (разнообразные диеты, низкокалорийные продукты питания, средства для похудения типа «суперсжигатель жира и пр.). Согласно одному исследованию журналы, наиболее читаемые женщинами в возрасте 18-24 года, имеют в 10 раз больше «диетического содержания» по сравнению с таковыми, ориентированными на мужчин. Следствием такого рода «информационной обработки» является экспериментирование с диетами, что может начинаться уже с возраста 8-10 лет. Примерно у 20% девочек подросткового возраста по результатам оценок стандартизированных тестов определяются те или иные нарушения пищевых предпочтений, что в конечном счете может послужить причиной возникновения расстройств пищевого поведения. Обращает на себя внимание тот факт, что измененное отношение к пищевым продуктам основывается не на реальном весе, а на субъективных ощущениях избыточности веса, поддерживается бытующими в семьях воззрениями в отношении полноты (в особенности мнением матери на этот счет). Это позволяет говорить об изменении образа восприятия собственного тела как одном из факторов, подталкивающих подростков к анорексигенной диете.

В семьях больных НА часто имеются особенности «внутрисемейного климата», что, возможно, является фактором, способствующим развитию расстройств пищевого поведения и препятствующим выздоровлению. Так, доминирование деспотичной матери в воспитании ребенка при подчиненном положении отца и малом его участии в воспитании, эмоциональная депривация могут создавать условия для развития своеобразной реакции протеста у подростка в форме отказов от еды. Определенное значение в происхождении НА может иметь отрицательное отношение к еде в семье, закармливание ребенка в раннем детстве. Как один из возможных психологических механизмов рассматривается возникновение НА во взаимосвязи со страхом перед физическим созреванием, «отвержением женской половой роли», возникающим у некоторых девушек в пубертатном возрасте.

В исследованиях, посвященных проблеме НА, определенная роль отводится преморбидным личностным особенностям. Довольно часто можно отмечать в характере больных наличие черт замкнутости, повышенную требовательность к себе и окружающим, бескомпромиссность, отсутствие гибкости в отношениях с окружающими, чрезмерное чувство долга, повышенную добросовестность, заостренное самолюбие, стремление к высоким показателям в учебе («болезнь отличниц»), аскетическое

отношение к вопросам, связанным с полом, отсутствие желания нравиться подросткам противоположного пола, пренебрежение девушками нарядами и украшениями.

Имеются указания на то, что определенные виды деятельности могут способствовать развитию расстройств пищевого поведения, в том числе и НА. Большая предрасположенность к НА отмечена у учащихся балетных школ, гимнастов, легкоатлетов (бег).

Клиническая картина. Согласно отечественным представлениям о динамике развития НА это расстройство проходит последовательные этапы: 1) инициальный; 2) аноректический; 3) кахектический; 4) этап редукции.

Первый (инициальный, дисморфофобический) этап расстройства продолжительностью от 3-6 месяцев до 2-3 лет характеризуется сверхценными идеями физического недостатка, «излишней полноты» и недовольством собственной внешностью. Эмоциональному фону свойственно незначительное снижение настроения. Возможны эпизодические рудиментарные идеи отношения. Этому сопутствуют мысли о необходимости исправления «изъяна», которые ведут к периодически возникающему ограничению приема пищи, хотя аппетит в это время еще не утрачен. Воздержание от еды приводит к снижению массы тела на 10-12% от первоначальной. По целому ряду наблюдений почти у половины больных этим расстройством бывают неконтролируемые периоды приема большого количества пищи (булимия), которые иногда называют кутежами. С возрастом вероятность такого рода поведения учащается. Во время кутежа больные в большом количестве потребляют именно те продукты, которых обычно старались избегать в связи с ее высокой каллориинностью (например, целая булка с маслом и вареньем). После переядания возникает ощущение раздутости, и больные нередко искусственно вызывают у себя рвоту. Вслед за кутежами возникает раскаяние и активизация попыток «сбросить вес». Попытки постороннего контроля за потреблением пищи вызывают у больных возмущение, они могут прятать еду или тайком вызывать у себя рвоту сразу после приема пищи.

К концу этого периода к клинической картине добавляется еще один существенный признак, характеризующий повреждение гипоталамо-гипофизарно-гонадной системы -аменорея у женщин и утрата полового влечения и потенции у мужчин. Возникновение аменореи сопряжено с потерей массы тела, однако примерно в одной пятой случаев аменорея проявляется еще до того, как снижение массы тела становится очевидным. Иногда именно аменорея, а не расстройство приема пищи является поводом первичного обращения к врачу. В дальнейшем причиной стойкой аменореи является кахексия. Менструации не появляются даже после восстановления 75% первоначальной массы тела. Тем не менее у подавляющего большинства больных после восстановления исходной массы тела менструации появляются вновь. Если заболевание начинается в препубертатном периоде, то половое развитие задерживается или приостанавливается.

Второму (аноректическому, дисморфоманическому) этапу свойственно активное стремление к коррекции внешности посредством упорных ограничений в еде, вплоть до практически полного отказа от приемов пищи. Неудовлетворенность видом собственного тела способствует прибеганию к экстремальным методам контроля массы и/или формы тела. Этап условно заканчивается похудением на 20-50% от исходной массы с развитием множественных соматоэндокринных осложнений (табл. 6), пароксизмальных вегетативных расстройств. Наиболее часто используемые способы похудения: изнуряющая физическая нагрузка, активные занятия спортом, ограничение количества пищи, прием слабительных и мочегонных средств, препаратов, снижающих аппетит, использование клизм, искусственно вызываемая рвота. Подмечено, что по мере взросления девочки-подростки с целью похудения все больше используют диеты и реже изнуряют себя физическими упражнениями. Следует помнить, что рвота и злоупотребление слабительными зачастую приводят к гипокалиемии и алкалозу. Следствием этого могут быть судорожные пароксизмы, сердечные аритмии. Соматическое обследование позволяет обнаружить признаки, свидетельствующие о хроническом голодании: холодные, синюшные конечности; тонкие пушистые волосы («пушок») на спине и лице; брадикардия (40-55 ударов в минуту), гипотония (90/60 мм рт.ст.); гипотермия; снижение концентрации лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов, сопровождающееся аменореей.

На этом этапе возможно проявление гиперкомпенсаторных форм поведения: активное участие в приготовлении разнообразной пищи для семьи, закармливание младших братьев и сестер, повышенный

интерес к кулинарным премудростям. Пониженное настроение зачастую сохраняется. Выраженное исхудание и «стройность» фигуры нередко являются источником несколько приподнятого настроения. У многих больных появляется повышенная раздражительность вплоть до эксплозивности, склонность к истерическим реакциям.

Третий (кахектический) этап наступает через 1-1,5 года после начала активного ограничения приема пищи и характеризуется соматоэндокринными нарушениями. Преимущественно расстраиваются функции ЦНС, сердечно-сосудистой, костно-мышечной, репродуктивной и эндокринной, желудочно-кишечной и мочеполовой систем, системы крови. При благополучной динамике состояния эти расстройства носят обратимый характер. Так, уменьшение объема серого и белого вещества головного мозга при НА носит обратимый характер и коррелирует с динамикой массы тела. Следует подчеркнуть серьезные нарушения репродуктивной функции, что является как одним из значимых диагностических критериев, так и признаком, чувствительным к восстановлению массы тела. Выраженные нарушения функций внутренних органов на фоне значительной потери массы тела (50% и более) представляют серьезную угрозу для жизни пациентов и требуют экстренной медицинской помощи. Возможен летальный исход. Смерть обычно наступает от сердечной аритмии и остановки сердца.

Психический статус характеризуется эпизодически возникающими явлениями деперсонализации, астенодинамическими нарушениями. Отказ от еды или резкое ограничение в приеме пищи сохраняется, поддерживаясь не только сверхценным стремлением к похуданию, но и неприятными ощущениями (тяжесть, распирающее в подложечной области, изжога, отрыжка), которые возникают у больных после приема пищи. Попытки накормить больных встречают бурную реакцию протеста с истерическими проявлениями. Госпитализация таких больных зачастую происходит по жизненным показаниям.

На *четвертом этапе (этапе редукции)* НА, связанном с проводимыми терапевтическими вмешательствами, при нормализации функции внутренних органов и увеличении массы тела больные предпринимают попытки вновь ограничивать прием пищи на фоне появляющегося страха полноты (дисморфоманический характер переживаний). Это зачастую является существенным механизмом возобновления расстройства (у 2/3 пациентов).

Лечение. Лечение НА преследует следующие цели: 1) восстановление адекватной массы тела (при которой нормализуется менструальный цикл у женщин, сексуальные проявления и гормональные уровни у мужчин, физическое и сексуальное развитие у детей и подростков); 2) терапию соматических осложнений; 3) повышение мотивации пациентов по взаимодействию в процессах восстановления здоровых паттернов пищевого поведения и участию в лечении; 4) обеспечение пациентов информацией, касающейся здорового питания и паттернов питания; 5) коррекцию базовых мыслей, установок и чувств, касающихся расстройств пищевого поведения; 6) лечение сопутствующих психических расстройств, включающих эмоциональные расстройства, самооценку и поведение; 7) поддержку семьи и обеспечение подходящих семейного консультирования и терапии; 8) предотвращение рецидивов.

На сегодняшний день отсутствует единое мнение в отношении форм адекватной медицинской помощи при НА. По мнению отечественных исследователей и клиницистов, лечение больных НА рекомендуется проводить в условиях психиатрического стационара, если потеря массы тела к процессу обследования достигает не меньше 10-15% от исходной. В то же время, согласно рекомендациям Американской психиатрической ассоциации (2000), лечение таких больных можно проводить при наличии развитой специализированной ступенчатой помощи (амбулаторной, в центрах дневного пребывания, стационарной) и возможности обеспечения преемственности услуг.

В целом необходимо основываться на том, что пациенты с массой тела менее чем 85% от индивидуальной массы, адекватной здоровому образу жизни, имеют существенные трудности в восстановлении массы тела при отсутствии высокоструктурированных программ помощи. При потере же массы тела около 75% от индивидуальной массы, адекватной здоровому образу жизни, целесообразно круглосуточное пребывание больного в стационаре. Госпитализация и терапевтические вмешательства по экстренным показаниям связаны с существенно большим риском, могут быть менее эффективны, а прогноз может быть более затруднительным по сравнению со своевременной медицинской помощью. Показаниями для неотложной госпитализации являются: существенная ортостатическая гипотензия с увеличением частоты пульса более чем на 20 ударов или падением кровяного давления более чем на 20 мм

рт.ст. за 1 мин после принятия вертикального положения, брадикардия до 40 ударов в минуту, тахикардия более 110 ударов в минуту, неспособность поддерживать температуру тела.

Определяющими физическими параметрами, характеризующими вид и объем необходимой помощи, являются вес пациента, состояние сердечно-сосудистой системы и метаболических процессов. Пациенты должны быть госпитализированы в психиатрический стационар до появления признаков соматической нестабильности. Решение о госпитализации должно основываться на анализе психиатрических, поведенческих и общемедицинских параметров. Они включают: быстрое или продолжающееся уменьшение объема принимаемой пищи и снижение массы тела, наличие сопутствующих факторов, затрудняющих возможность приема пищи пациентом (например, интеркуррентные вирусные инфекции), дополнительные сведения, касающиеся нестабильности массы тела в анамнезе, коморбидные психические расстройства, требующие госпитализации.

► *Восстановление массы тела.* В стационаре могут использоваться различные подходы к восстановлению массы тела. По-видимому, целесообразно исходить из следующих пунктов:

- ◆ соблюдение постельного режима;
- ◆ наблюдение за пациентами во время приема пищи и по меньшей мере в течении полчаса после него;
- ◆ контролируемая диета, избегание чрезмерной прибавки массы тела (адекватно ставить цель прибавки массы тела на 1-1,5 кг/нед.).

Калорийность рациона должна вначале составлять около 30-40 ккал/кг в день (в среднем 1000-1600 ккал/день) и прогрессивно повышаться (на этапе набора веса до 70 -100 ккал/кг в день; на этапе поддержания веса, а также для адекватного роста и развития организма детей и подростков -40-60 ккал/кг в день). Целесообразно назначение витаминов и минеральных добавок (в частности, фосфора с целью предотвращения сывороточной гипофосфатемии).

Необходим мониторинг соматического состояния пациента. Он должен включать оценку жизненно важных функций организма и водного обмена, содержания электролитов (калий, натрий, хлорид, бикарбонат, кальций, фосфор, магний), оценку степени отеков и темпа набора массы тела (быстрое увеличение массы тела может быть связано, прежде всего с водной перегрузкой), состояния сердечно-сосудистой системы, наличия желудочно-кишечных симптомов (в частности, запоры и вздутие). Уровень физической активности должен быть адаптирован к объему потребляемой пищи и уровню энергетических затрат пациента.

Восстановление массы тела включает в себя также оказание помощи пациентам в адекватном отношении к набору веса и изменению представлений о форме собственного тела. Необходимо предоставить им образовательную информацию в отношении риска имеющегося расстройства пищевого поведения, обеспечить квалифицированной поддержкой пациентов и их семьи.

► *Психотерапия.* Очень важно во время первого же собеседования установить с пациенткой отношения, основанные на доверии. На сегодняшний день отсутствует единая точка зрения на предпочтительный вид психотерапевтического вмешательства у больных НА. В то же время психотерапия как единственный вид терапевтического вмешательства недостаточна при лечении значительно истощенных пациентов с НА. Начиная с этапа набора веса рациональная психотерапия может быть весьма полезной. Индивидуальная психотерапия обычно занимает как минимум год (до 5-6 лет), обеспечивая поддержку в проработке психопатологических проявлений, сопутствующих анорексии. Семейная психотерапия может быть адекватной для работы как с симптомами НА, так и в разрешении проблем семейных взаимоотношений, которые могут способствовать персистенции расстройств пищевого поведения.

► *Фармакотерапия.* Психотропные препараты не являются основополагающими и абсолютно необходимыми в начальном периоде терапии НА. Антидепрессивную терапию целесообразно проводить вслед за нормализацией веса, когда поблекнут психологические проявления, связанные с недостатком питания. Эти препараты целесообразно назначать для профилактики возобновления расстройства у пациентов с нормализованной массой тела и для лечения наблюдающихся при НА депрессивных и обсессивно-компульсивных проявлений. Неплохо себя зарекомендовали в этом отношении препараты группы ингибиторов обратного захвата серотонина. В терапии НА могут использоваться другие

психотропные препараты с целью редукции сопутствующей НА психопатологической симптоматики. Среди них - малые дозы нейролептиков при выраженных навязчивостях, тревоге, анксиолитические препараты (например, *феназепам*, *лоразепам*) с целью купирования предвосхищающей тревоги накануне приема пищи.

При упорных отказах от пищи целесообразно кормление через зонд (предпочтительнее парентерального питания по психологическим механизмам).

Прогноз. Современные эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что вероятность полного выздоровления относительно невелика. У значительного количества пациентов на протяжении длительного времени сохраняются неадекватные представления о форме собственного тела, сверхценное отношение к пище, стремление строго придерживаться определенного пищевого режима, сопутствующие психиатрические проблемы (дистимия, социальная фобия, обсессивно-компульсивное расстройство, зависимость от психоактивных веществ). После перенесенного заболевания длительное время наблюдаются колебания настроения, раздражительность, проявляющиеся в домашней обстановке. У многих больных заостряются преморбидные черты характера. Оценка пациентов, страдающих НА, по меньшей мере через 4 года после начала расстройства показала, что хороший результат лечения отмечен у 44% больных (достигнута ожидаемая прибавка в весе - до 15% в рамках соответствующих росто-весовых характеристик, установление регулярности менструального цикла), плохой результат (примерно у 24%) характеризовался отсутствием прибавки в весе, менструаций (в лучшем случае они спорадические). Около 28% исходов занимали промежуточное положение между «плохим» и «хорошим». Смертельные исходы были отмечены примерно в 5% случаев.

Катамнестические 21-летние исследования свидетельствуют о том, что 50,6% пациентов достигают критериев полного выздоровления, у 10,4% анорексия продолжает оставаться актуальной, а 15,6% пациентов умирают от причин, связанных с этим заболеванием. При долгосрочном наблюдении за пациентами, находящимися в специализированном центре, страдающими тяжелой НА, было отмечено полное выздоровление у 76% больных, достигнутое в среднем за 79 месяцев, частичное выздоровление - у 10% (в среднем за 57 месяцев). Хронический характер течения расстройства был отмечен у 14% больных. Отдаленный катамнез у пациентов, достигших выздоровления (по результатам отечественных исследователей) свидетельствует о возможности хорошей социальной адаптации больных, полном сохранении у них активности и работоспособности, способности продолжать учебу, повышать профессиональный уровень.

В целом худший прогноз наблюдается при изначально малом весе, наличии у пациентов рвоты, неудачах предшествующей терапии, нарушениях внутрисемейных взаимоотношений накануне начала НА, нахождении в браке. Пациенты с НА, у которых в клинической картине расстройства отмечались булимические проявления, имеют больший риск развития осложнений. Прогноз при НА лучше у подростков, чем у взрослых. Недавние исследования свидетельствуют, что среди всех психических расстройств максимальная смертность пациентов от естественных и неестественных причин наблюдается при расстройствах пищевого поведения и зависимости от психоактивных веществ. В целом смертность при НА (преимущественно от остановки сердца и суицидов) возрастает с продолжительностью катамнестического наблюдения и достигает 20% при длительности наблюдения более 20 лет. Исследования суицидального поведения больных НА показывают, что риск завершеного суицида остается высоким на протяжении по меньшей мере 8 лет с момента диагностики расстройства. Суицидальному поведению обычно сопутствуют большие потери массы тела, повторяющиеся госпитализации по поводу расстройств пищевого поведения, старший возраст, большая продолжительность расстройства, частое сопутствующее использование медикаментов и алкоголя, черты обсессивности. Среди амбулаторных пациентов, наблюдаемых по поводу НА, 13% сообщали как минимум об одной суицидальной попытке, 29% делились реально существующими суицидальными мыслями, а у 26% парасуицидентов такого рода попытки предпринимались повторно.

Дифференциальный диагноз. Проявления НА возможны в рамках самостоятельного расстройства (описано выше), а также как синдром при невротических и личностных нарушениях. Так, при диссоциативных (конверсионных) расстройствах аноректические проявления редко достигают уровня полного отказа от приема пищи. От еды уклоняются, как правило, тайком, а отказываются демон-

стративно. Сильного похудения обычно не бывает. Соблюдение диеты отличается от НА отсутствием аменореи и сверхценных идей в отношении своей «тучности». В структуре диссоциативных расстройств можно рассматривать и психогенно обусловленную рвоту.

Потеря массы тела может оказаться следствием не только аноректических проявлений, но и ряда соматических истощающих заболеваний (эндокринные расстройства, онкологическая патология). В процессе тщательного соматического обследования необходимо обращать особое внимание на распределение волосяного покрова (нормальное при НА, аномальное при гипоталамической недостаточности), степень истощения, признаки витаминной недостаточности, состояние периферического кровообращения.

Наиболее сложным является дифференциальный диагноз шизофрении и синдрома НА. Для НА непросушительного происхождения характерны (Ковалев В.В., 1995): монолитность синдрома НА без бредового толкования и отсутствие сенестопатий; отношение к стремлению похудеть как к сугубо личному, как наиболее интимной части своего «Я», что обуславливает трудности контакта с больным, когда речь идет о еде; определенная гиперактивность больных; полная доступность их во всем, что не касается сверхценной идеи «чрезмерной полноты» и «необходимости похудения». При шизофрении нередко отсутствует четкая мотивировка отказа от приема пищи, порой отмечается вычурная диета, трактуемая нелепыми установками. Опасения расползнуться расширяются за счет присоединения других, порой нелепых, фобий и obsessions, ипохондрических расстройств. На довольно раннем этапе заболевания у таких больных снижается психическая активность, школьная успеваемость, появляются эмоциональные изменения. Они становятся холодными к своим близким, эгоцентричными, нарастает замкнутость. В пользу шизофрении свидетельствует тенденция к трансформации синдрома с появлением психопатоподобного поведения, склонность к усилению бредовой настроенности, подозрительности, идей отношения. Экспериментально-психологические исследования выявляют отчетливые процессуальные изменения в мышлении и эмоционально-волевой сфере.

Нервная булимия (НБ) представляет форму расстройства пищевого поведения, заключающуюся в неконтролируемом и чрезмерном принятии пищи.

Согласно классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10) *критерии диагностики* нервной булимии включают:

1) постоянную озабоченность пациентов едой и непреодолимую тягу к принятию пищи; больной периодически не может удержаться от переизбытка, когда за короткое время принимается большое количество пищи; -

2) больной пытается противодействовать эффекту ожирения от съедаемой пищи с помощью одного из следующих приемов: вызывание у себя рвоты; злоупотребление слабительными средствами, периоды голодания; использование препаратов, в частности подавляющих аппетит, тиреоидных препаратов или диуретиков. Если булимия развивается у больных сахарным диабетом, они могут пренебрегать инсулиновой терапией;

3) психопатологическая картина включает болезненный страх ожирения, и больной устанавливает для себя четко определяемый предел веса тела, который намного ниже преморбидного веса, представляющего собой в глазах врача оптимальный или нормальный вес. Часто, но не всегда в анамнезе отмечаются предшествующие эпизоды НА с ремиссией между двумя расстройствами от нескольких месяцев до нескольких лет. Предшествующий эпизод может быть полностью выраженным или протекать в легкой скрытой форме с умеренным снижением веса и/или транзиторным периодом аменореи.

Психопатологически в основе НБ лежат сверхценные идеи в отношении формы и массы тела, сходные с таковыми у больных НА. Кроме того, больные с НБ получают своеобразное удовольствие при освобождении желудка от переполняющих его пищевых масс. По-видимому, НА и НБ тесно связаны между собой сверхценными образованиями и патологией влечений.

Эпидемиология. Булимия встречается практически исключительно среди женщин. Возраст манифестации НБ чуть выше, чем НА, но также относится к подростковому или юношескому возрасту. Распространенность НБ у женщин на протяжении жизни в целом составляет от 1,1% до 4,2%.

Клиническая картина. Клинические проявления характеризуются эпизодами переизбытка, при которых за короткое время (например, на протяжении 2 ч) поглощается огромное количество пищи (обычно больные

употребляют высококалорийные продукты по своему выбору). При этом возникает ощущение потери контроля над пищевым поведением, отмечается ослабление чувства внутреннего напряжения. После такого приступа больные принимают меры для нейтрализации его последствий, вызывая рвоту, прибегая к слабительным или соблюдая строгую диету. Так, рвота уменьшает болевые ощущения в желудке, позволяет либо продолжать прием пищи, либо прекращать переедание и часто редуцирует эмоциональные переживания, связанные с перееданием. В ряде случаев рвота может быть желанной (проявление нарушенного влечения), в связи с чем больной переедает для того, чтобы возникла рвотная реакция, или даже вызывает рвоту после приема небольшого количества пищи, хотя в основном процесс переедания обычно является более приятным независимо от последующей реакции самооценки и депрессивного сдвига. Приступы булимии могут провоцироваться стрессом или нарушением установленных самим же больным принципов и норм питания; иногда они бывают запланированными. Больные НБ, как правило, не отрицают наличия у себя проблем, связанных с пищевым поведением.

Больные с НБ обычно имеют нормальный вес. Данным заболеванием страдают в основном женщины, при этом менструальный цикл у многих не нарушен. Приступы неконтролируемого переедания как симптомы могут встречаться в рамках НА (кутежи).

Типичны нарушения в аффективной сфере. Депрессивные симптомы при НБ встречаются чаще, чем при НА; вероятно, они вторичны по отношению к расстройству приема пищи. У некоторых больных выраженность депрессивного расстройства требует назначения антидепрессантов. Наряду с депрессивными проявлениями НБ зачастую бывает ассоциирована с тревожной симптоматикой, obsessivностью и импульсивностью.

Осложнения при НБ, как правило, связаны с систематическим самовызыванием рвоты и злоупотреблением различными способами очищения кишечника (табл. 7). В частности, повторяющаяся рвота может вызывать нарушения кислотно-основного равновесия, электролитного баланса (в том числе гипокалиемию, приводящую к слабости, сердечной аритмии и поражению почек). Могут также возникать инфекции в мочевыделительной системе, тетания и судорожные пароксизмы. Поверхность зубов может иметь характерную изрытость, вызванную воздействием соляной кислоты при контакте с желудочным содержимым. Следует указать на возможность обнаружения при физикальном обследовании признаков, свидетельствующих о том, что пациент прибегает к очистительному поведению с помощью рвот (как при НБ, так и при НА). Среди них - признак Рассела (расчесы, ссадины, мозоли на тыльной стороне кистей от частых контактов с зубами при самовызывании рвоты), асептическое воспаление подчелюстных и околоушных слюнных желез, обусловленное затеканием желудочного содержимого в их протоки.

Лечение. Восстановление массы тела при лечении НБ не находится в фокусе терапии, как это было при НА. Тем не менее целесообразно проводить консультирование пациентов в отношении адекватного питания по многим соображениям. В частности, с целью уменьшения выраженности поведения, способствующего формированию расстройств пищевого поведения, недопустимости ограничения и целесообразности расширения рациона питания, коррекции дефицита питательных веществ, необходимо поощрение адекватной, но не избыточной физической активности пациента.

Оправдана психотерапевтическая коррекция состояния с целью воздействия на психологические механизмы, способствующие развитию и поддерживающие НБ. Целесообразны индивидуальные и групповые формы работы, семейная терапия, группы поддержки (12-шаговая программа). Среди разнообразия психотерапевтических техник особое признание в лечении НБ получила когнитивно-поведенческая терапия. В процессе проведения ставится задача сделать самого больного ответственным за контроль над своим питанием. Это осуществляется за счет выявления внешних стимулов или эмоциональных изменений, предшествующих обычно тяге к перееданию, с тем, чтобы в дальнейшем исключить эти факторы или избегать их.

Прогноз. Течение НБ хроническое, интермиттирующее на протяжении многих лет. Как правило, периоды переедания чередуются с периодами нормального пищевого поведения или же с периодами нормального приема пищи и голодания. В отдельных случаях встречается чередование переедания с голоданием без периодов нормального пищевого поведения. Согласно результатам одного крупного катamnестического исследования была оценена стабильность результатов успешного лечения больных нервной булимией через 6 лет после окончания интенсивной программы терапии. Состояние

было оценено как хорошее у 60% пациентов, умеренный успех в излечении сопутствовал 29%; результат лечения был оценен как плохой у 10% , летальный исход - 1% .

ЛЕКЦИЯ № 6

НЕВРОТИЧЕСКИЕ, СВЯЗАННЫЕ СО СТРЕССОМ, И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Рассматриваемая в МКБ-10 под таким названием группа расстройств имеет общие характеристики, обусловленные связью с концепцией невроза и в основном с психологическими причинами. При таких состояниях часты сочетания тревоги и депрессии. В этой главе описаны расстройства, ассоциированные с этими синдромами у детей и подростков.

ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Тревожные расстройства включают различные клинические синдромы, для которых характерны страх (фобия) и избегающее поведение в резко выраженной степени. Более 10% детей страдают некоторыми разновидностями тревоги в рамках тревожных расстройств. Страх перед школой испытывают 0,4-1,5% детей школьного возраста.

Выделяют три группы симптомов тревожных состояний наряду с чувством внутреннего напряжения и беспокойства (Д. Голдберг, О. Бенджамин, Ф. Крид, 1999):

- ◆ вегетативные: сердцебиение, тахикардия, потливость, влажные холодные ладони, блефароспазм, парестезии, головокружение, приливы жара и озноба, частое мочеиспускание, понос, тошнота;

- ◆ имеющие отношение к мышечному тону: крупноразмашистое дрожание, приступы тремора, мышечные боли, «ком» в горле, повышенная отвлекаемость, двигательное беспокойство, быстрая утомляемость, затрудненное глотание;

- ◆ симптомы перевозбуждения: раздражительность, бессонница, прерывистый сон, легко возникающая пугливость, вздрагивание, затруднение концентрации внимания, чувство возбужденности.

В МКБ-10 тревожно-фобические расстройства рассматриваются в разделе невротических, а также поведенческих и эмоциональных расстройств с началом, типичным для детского и подросткового возраста.

Страх приобретает патологический характер при чрезмерной интенсивности, необычных объектах, вызывающих его, и необычном содержании, неадекватной реакции на ситуацию его возникновения, при хронизации ситуации страха, отсутствии у субъекта возможности для уменьшения или преодоления страха, наличии существенных ограничений, мешающих из-за страха вести свойственный соответствующему возрасту образ жизни.

Фобические расстройства чаще бывают у девочек, чем у мальчиков (6:4). Синдромы страха в современных классификациях находят отражение в виде:

- ◆ специфических (моносимптомных, простых) фобий;
- ◆ социальных фобий;
- ◆ панических атак;
- ◆ агорафобии;
- ◆ генерализованной тревоги;
- ◆ страха разлуки и школьной фобии, характерных для детско-подросткового возраста.

При неспецифических фобиях страх касается определенных объектов и обычно вызывается не самим объектом, а возможными последствиями контакта с ним.

У детей и подростков преобладают специфические фобии. Это чаще всего боязнь животных (пауков, собак, мышей), темноты, закрытых пространств, посещения зубного врача, страх перед определенными болезнями, в том числе в последнее время перед СПИДом.

Специфические фобии встречаются, по данным различных авторов, у 5-12% населения, чаще у лиц женского пола. Они могут начинаться в раннем детстве (4-5 лет, например, если речь идет о боязни

животных) или позже (20-25 лет). Состояния страха сопровождаются указанными выше негативными симптомами тревоги. Дети и подростки стараются по возможности избегать подобных ситуаций.

Подростки, склонные к проявлению специфических фобий, отличаются интравертированностью, тревожностью, малой активностью, тесной привязанностью к кому-либо одному из близких.

Социальные фобии начинаются в подростковом периоде с одинаковой частотой у лиц мужского и женского пола. При этом ведущим в клинической картине является страх стыда и замешательства в присутствии окружающих. Он касается всех форм поведения в общественных местах. Подростки опасаются отрицательной оценки своих действий, когда приходится говорить, писать, принимать пищу, при контактах с противоположным полом. Страх может затрагивать определенные ситуации (экзамены, пребывание в малых группах - класс, вечеринка) или распространяться на все виды социального поведения. Наиболее часто при этом возникает головокружение, тошнота, рвота, иногда позывы к мочеиспусканию, уход от зрительного контакта.

Лечение. При специфических и социальных фобиях наиболее эффективны когнитивно-поведенческие методы коррекции (при социальных фобиях - коррекции самооценки и ожидаемого восприятия себя окружающими). Из медикаментозного лечения показаны антидепрессанты и бензодиазепины. При этом антидепрессанты более эффективны при генерализованном тревожном расстройстве, чем при моносимптомных фобиях. Их применение во многом зависит от наличия и выраженности депрессии, сопровождающей страхи.

Паническое расстройство у детей проявляется в виде тяжелых рецидивирующих приступов страха (приступов паники). Они возникают обычно в возрасте 5-10 лет, характеризуются внезапностью, не связаны с какой-либо явией, приходящиеся на возраст посещения детского сада начала обучения в школе и на подростковый возраст.

В этом ряду переживаний значимое место занимает *школьная фобия*, встречающаяся у детей школьного возраста с частотой 1-2% и проявляющаяся в нежелании или отказе идти в школу из-за страха расставания с матерью или другими близкими людьми, а не вследствие других причин (к примеру, в школе что-то плохое случится).

Страх разлуки и школьная фобия могут также проявляться печалью, уходом в себя или, наоборот, при чрезмерном проявлении страха - плачем, криком, приступами ярости, стремлением удерживать около себя того, к кому особо привязан.

Описанные явления сопровождаются физическими симптомами, часто тошнотой, болью в животе, рвотой, головокружением по утрам, головной болью и другими проявлениями, особенно перед посещением школы.

Поскольку при данном расстройстве в первую очередь обычно обращают внимание на себя соматические жалобы, родители и подростки придерживаются единого мнения о наличии соматического заболевания, школьник подвергается многочисленным диагностическим обследованиям. Практика показывает, что подросток и родители длительное время склонны отвергать психогенную природу описанного расстройства.

Целесообразно дифференцировать различные формы уклонения от посещения школы, от чего зависит правильная тактика лечения.

Помимо описанной выше школьной фобии у подростков обычно с хорошими способностями, когда нет проблем с успеваемостью, наблюдается уклонение от посещения ■ школы (страх школы), вызываемое обидой и унижениями, которые ребенок терпит в связи с психической или физической недостаточностью, испытывает трудности в обучении. Прогулы школьных занятий также могут быть обусловлены неуспеваемостью, стремлением получать удовольствие от переключения на другие способы поведения с девиантными тенденциями.

Школьную фобию надо дифференцировать:

- ◆ с соматическими заболеваниями, так как вначале обычно наблюдается много соматических симптомов;
- ◆ с депрессивными синдромами, зачастую с сопутствующей тревогой;
- ◆ с шизофреническими психозами, когда дети и подростки уклоняются от посещения школы из-за бредовой симптоматики, страха при этом.

Лечение. Принципы лечения школьной фобии строятся на семейно ориентированном подходе. Эти расстройства возникают из-за чрезмерной связи между ребенком и тем, к кому он испытывает особую привязанность (обычно мать), что не позволяет ему самостоятельно развиваться. В таких условиях дети вырастают пугливыми, с тормозимыми чертами характера, испытывают затруднения уже в дошкольных детских учреждениях. Школьная фобия рассматривается как реакция избегания. В таких семьях, как правило, мать лидирует, подавляет любую критику поведения ребенка, отец - на второстепенных ролях. Вся семейная система функционирует разлаженно. Целесообразно ребенка как можно скорее вернуть в школу, в том числе в сопровождении близких, разъяснить родителям и ребенку, что указанное состояние не связано с соматическим заболеванием, убедить ребенка в необходимости посещения школы, наладить взаимодействие между ребенком, его семьей, школой, врачом, обеспечивающее единую тактику, исключаящую, к примеру, освобождение ребенка от школьных занятий по болезни.

Прогноз наиболее благоприятен в случаях младшего возраста детей и раннего лечения. Если школьная фобия протекает как острое невротическое расстройство, а не хроническое расстройство личности, успех в лечении достигается при сотрудничестве врача со всеми, кто вовлечен в коррекцию состояния, прежде всего с родителями. Благоприятный прогноз и у подростков старшего возраста - при психотерапевтической работе с личностью пациента.

ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОЕ РАССТРОЙСТВО (НАВЯЗЧИВОСТИ) У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

В МКБ-10 выделяются: преимущественно навязчивые мысли и рассуждения – обсессии, преимущественно навязчивые действия – компульсии, смешанные формы этих расстройств.

Эпидемиология. У взрослых в течение жизни навязчивости встречаются в 2-3% случаев, в подростковом возрасте - около 2%. Эти расстройства могут начаться еще в дошкольном возрасте, у мальчиков - раньше. Важно отличить обсессивно-компульсивное расстройство у детей от ритуального поведения как нормального проявления развития детей дошкольного и младшего школьного возраста. Навязчивости бывают и у здоровых детей, но оцениваются как патологические, если наблюдаются длительно, нарушают нормальное функционирование и воспринимаются как тягостные.

Этиология и патогенез. Среди этиологических факторов обсессивно-компульсивных расстройств у детей выделяют биологические и психологические.

На генетическую предрасположенность обсессивно-компульсивного расстройства указывает связь с тиками, синдромом Жилия де ля Туретта, которые часто обнаруживаются у близких родственников пациентов. Выявлены также незрелость неврологического развития, нарушения зрительно-пространственного восприятия, дисфункция базальных ганглиев головного мозга, высказывается предположение о важной роли нарушений метаболизма дофамина и серотонина при рассматриваемых расстройствах. Указывается роль (3-гемолитического стрептококка как причинного фактора тяжелых обсессий у детей.

Члены семьи детей, страдающих обсессивно-компульсивным расстройством, отличаются перфекционизмом (от англ. *perfection* - совершенство).

Если для взрослых характерно, что навязчивые мысли и действия воспринимаются как собственные, то дети младшего возраста обычно считают, что они навязаны извне.

Клиническая картина. Обсессивно-компульсивные расстройства переживаются как неприятные (в отличие от стереотипии и ритуалов, к примеру при аутизме, умственной отсталости), и пациенты пытаются сопротивляться им. Навязчивые мысли могут включать повторяющиеся, длительно сохраняющиеся мысли с одинаковым содержанием, побуждения, фантазии, представления, сопровождающиеся беспокойством (сцены насилия, несчастного случая и др.).

Наиболее частыми из навязчивых действий в детско-подростковом возрасте являются мытье рук, умывание, проверка учебников, тетрадей в сумке. Много времени могут занимать ритуалы, связанные с одеванием, дорогой в школу, что нередко приводит к систематическим опозданиям на занятия.

Навязчивые действия играют роль болезненных защитных явлений и до известной степени могут быть психологически понятными. Так, ребенок с навязчивым страхом заражения постоянно моет руки или потряхивает ими, школьник с навязчивым страхом получить плохую оценку за письменную работу часто

подчеркивает или обводит буквы, ребенок или подросток, испытывающий страх за собственное здоровье, здоровье родителей или чувство неопределенной тревоги («как бы чего не случилось»), выполняет те или иные защитные действия более условного, ритуального характера (определенное, чаще «магическое» число раз прикасается к тем или иным предметам, перешагивает через трещины в полу или на тротуаре, бросает взгляд в определенном направлении и т.п.). Защитные навязчивые действия элементарного характера более свойственны младшим детям. У старших детей и подростков чаще встречаются «символические защитные действия», включая различные сложные ритуалы.

Сравнительно редким вариантом навязчивостей у детей являются случаи заболевания с выраженными контрастными переживаниями и так называемыми хульными мыслями, т.е. навязчивыми мыслями, которые противоречат нравственным установкам и желаниями (например, навязчивая мысль: «Пусть мама умрет» или мысли бранного содержания: «Мама - дура, балда»).

Столь же редко и в виде коротких эпизодов у детей и подростков встречаются навязчивые влечения, например навязчивое стремление произносить ругательства или неприличные слова, навязчивое желание прыгнуть с балкона, ударить острым предметом кого-либо из близких и т.п. Эти переживания не реализуются и сопровождаются страхом. Они также относятся к контрастным навязчивостям.

Диагностика. В плане дифференциальной диагностики надо учитывать, что обсессивно-компульсивное расстройство в детском возрасте может наблюдаться также при начале ряда психических расстройств - тяжелой депрессии, шизофрении (отвлеченные, безразличные по содержанию навязчивые мысли), тикозных расстройствах (синдром Жиля де ля Туретта), тревожных расстройствах, расстройствах пищевого поведения (постоянное взвешивание, расчеты калорийности пищевых продуктов, выполнение длительных изнурительных физических нагрузок, упражнений, препятствующих увеличению веса). При этом пациенты не воспринимают свое поведение как бессмысленное.

Прогноз при обсессивно-компульсивном расстройстве не совсем благоприятен. Периоды с выраженной симптоматикой чередуются с периодами с незначительными проявлениями, в 30-70% случаев течение может приобретать хронический характер.

ДИССОЦИАТИВНЫЕ (КОНВЕРСИОННЫЕ) РАССТРОЙСТВА

Диссоциативные (конверсионные) расстройства представляют собой форму патологического поведения, обусловленного болезнью, при которой обычно остро возникает симптом соматического или психического заболевания.

Под термином «диссоциация» понимается расстройство нормальной интеграции психических функций (сознания, восприятия, памяти, идентичности личности), когда утрачивается контроль над своими воспоминаниями, ощущениями, движениями. Идентичность - отличительный набор личностных характеристик, по которым человек известен как индивидуум и как член той или иной группы (Лексиконы психиатрии Всемирной организации здравоохранения, 2001, с. 306).

Конверсия - процесс, с помощью которого вызванный конфликтом аффект (психическая энергия, имеющаяся в сексуальном влечении, по З. Фрейду) замещается соматическим симптомом.

Обращает на себя внимание тяжесть предъявляемых болезненных проявлений и характерное внешнее равнодушие, безразличие к ним (*la belle indifference*).

Диссоциация и конверсия - бессознательные процессы, описанные З. Фрейдом, роисходящие с целью защиты личности от тревоги. В настоящее время диссоциативные (конверсионные) расстройства рассматриваются преимущественно как вызванные психологическими причинами. Диссоциация включает расщепление сознания на ряд психических процессов (два или более) при их единстве в норме. При этом одна часть становится бессознательной. С этих позиций рассматриваются, в частности, такие феномены, как диссоциативная амнезия, фуга. Они характеризуются высокоорганизованными формами поведения на фоне выраженных расстройств памяти и осознанного восприятия окружающего.

Ранее описываемые в этом разделе расстройства, известные еще из египетских папирусов за 2 тысячи лет до н.э., оценивались как истерические. В МКБ-10 термин «истерия» не используется вследствие множества различных значений, а термины «диссоциативные расстройства» и «конверсионные расстройства» понимаются как синонимы (в DSM-IV они различаются).

Частота диссоциативных (конверсионных) расстройств в популяции точно не установлена. У детей и подростков, находящихся в клинике она составляет 5-15%. Преобладают девочки (3:1; 4:1).

Этиология и патогенез: Из всех этиопатогенетических факторов важное значение придается генетической (семейной) отягощенности, истерической структуре личности; примеру в семье или среди соседей, ситуации конфликта и повышенных требований, имевшему место в анамнезе собственному заболеванию для «выбора симптома»; выгоде от болезни (первичной, вторичной); органическому поражению головного мозга (примерно в 10% случаев психогенные припадки сочетаются с эпилептическими).

При «первичной выгоде» от болезни пациент достигает определенного результата, т.е. освобождается от стресса путем избегания затруднительного положения. «Вторичная (социальная) выгода» проявляется в усилении внимания и заботы со стороны окружающих, членов семьи, медицинских учреждений, в частности выдаче больничного листа, оформлении группы инвалидности и т.д.

Клиническая картина. Установлено, что у детей и подростков наиболее частыми диссоциативными (конверсионными) расстройствами, проявляющимися соматическими симптомами, являются психогенные припадки или нарушения движения, в 13% - психогенные параличи и выпадения чувствительности.

Диссоциативные расстройства движений и ощущений характеризуются тем, что клинические проявления не соответствуют признакам истинных неврологических расстройств, а отражают примитивные наивные представления больных (анестезия по типу «перчаток», «чулок», «носков», гемианестезия с границей чувствительности четко по средней линии и др.)- При истерической слепоте у больных не бывает ушибов при передвижении, сохраняется зрачковая реакция на свет, выявляется феномен «тоннельного зрения», «сужения поля зрительного восприятия». Имеет место также психогенная глухота или снижение слуха, обоняния.

Психогенные (истерические) припадки в отличие от эпилептических характеризуются театральностью, демонстративностью, большей длительностью, сохранением памяти на события периода припадка, не сопровождаются прикусыванием языка, повреждениями в результате падения, недержанием мочи. Они возникают в присутствии других лиц с целью получения «выгоды», интенсивность судорожных движений усиливается в случае привлечения внимания к больному.

Наблюдаются также психогенные парезы, параличи, контрактуры, нарушения координации (атаксия), особенно в ногах, с чем связано нарушение походки и неспособность стоять без посторонней помощи (астазия - абазия), преувеличенное дрожание всего тела либо конечностей (одной или более), «истерический ком». Обычно одновременно наблюдается не более одного симптома.

Лечение. После установления диагноза нецелесообразно сообщать пациенту о воображаемом характере расстройств, которые он считает объективными, поскольку симптоматика может усилиться. Устранение или уменьшение перегрузки, провоцирующего конфликта будет способствовать улучшению состояния.

Из психотерапии применяются психоанализ, гипноз, поведенческие методы, в частности с поэтапным тренингом, индивидуальные занятия с пациентом (при групповой терапии потребность пациентов в лидерстве может ухудшать состояние).

Важным моментом является учет социальной ситуации больного для возможного устранения вторичных «выгод».

Медикаментозное лечение проводится в случаях сопутствующих (например, органическое поражение головного мозга) заболеваний.

К диссоциативным расстройствам, которые преимущественно манифестируют психическими симптомами, относятся диссоциативная амнезия, диссоциативная fuga (психогенные уходы), синдром деперсонализации - дереализации и другие расстройства (расстройство множественной личности - расстройство идентичности, транс и состояния одержимости). Таким образом, диссоциация чаще всего касается функций памяти, интеграции личности и сознания. У детей и подростков эти состояния встречаются редко.

Диссоциативная амнезия характеризуется внезапным началом и часто таким же внезапным окончанием. Наблюдается у подростков, молодых людей, чаще у лиц женского пола во время природных катастроф, войн, террористических актов, трагических происшествий, при переживании смертельной

угрозы с ощущением невозможности избежать ее. В основе измененного состояния сознания при этом рассматриваются такие феномены психологической защиты, как вытеснение (изоляция от сознания) и отрицание (игнорирование определенных аспектов).

Диссоциативная fuga, проявляющаяся при таких же обстоятельствах, что и диссоциативная амнезия, характеризуется внезапным уходом из привычного окружения (поездкой, путешествием), признаками диссоциативной амнезии. При этом сохраняются привычные навыки самообслуживания, поддерживаются несложные социальные контакты. В основе этого состояния лежит психологический фактор - желание уйти от психотравмирующих событий (психосоциального стресса), в том числе бытового характера.

Синдром деперсонализации - дереализации, проявляющийся в подростковом и молодом возрасте, характеризуется парциальной утратой чувства реальности без нарушения отражения реальности в целом. Деперсонализация сопровождается чувством отчуждения собственного «Я», которое часто проявляется в ощущении, что тело или отдельные его части не принадлежат пациенту. Отчуждаться могут акты мышления, привычного поведения. При дереализации окружающее (люди, предметы) воспринимается как нереальное, чужое. Часто нарушается восприятие течения времени.

При состояниях деперсонализации - дереализации пациенты осознают свои переживания и могут быть встревожены этим.

СТРЕССОВЫЕ РАССТРОЙСТВА И НАРУШЕНИЯ АДАПТАЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Как известно, под *стрессом* (от англ. *stress* - напряжение) понимают состояние напряжения, возникающее у человека под влиянием сильных воздействий. В психологическом плане - это воздействие на человеческий организм, личность фрустрирующих, психотравмирующих событий с формированием расстройств на уровне психического и соматического реагирования. *Фрустрация* (от лат. *frus-tratio* - обман, расстройство, разрушение планов) - психическое состояние человека, вызываемое объективно непреодолимыми (или субъективно воспринимаемыми) трудностями, возникающими на пути к достижению цели и решению задачи; переживание неудачи (Психология. Словарь / под ред. А.В. Петровского и М.Г. Ярошевского. М., 1990). При этом имеется тесная связь с учетом его степени тяжести и нарушениями адаптации. Под адаптацией понимается процесс, посредством которого индивидуумы или популяции приспособляются биологически, поведенчески или психологически для того, чтобы выжить в определенном окружении или культурах. Большое значение имеет индивидуальная уязвимость пациента (не у всех людей, подвергшихся стрессу, в том числе сильному, развиваются эти расстройства, физическое истощение, органическое поражение центральной нервной системы, отягощенность психотравмами).

В американской классификации психических расстройств (DSM-IV) приводится оценка психосоциальных стрессогенных факторов для взрослых, а также для детей и подростков.

Шкала тяжести психосоциальных стрессов для детей и подростков

1. Отсутствие стресса.
2. Слабый стресс: острый - разрыв с возлюбленным (возлюбленной), переход в другую школу; хронический - жизнь в условиях перенаселения, конфликты в семье.
3. Умеренный стресс: острый - исключение из школы, рождение братьев и сестер; хронический - хроническое заболевание с утратой трудоспособности у родителей, постоянный конфликт с родителями.
4. Тяжелый стресс: острый - развод родителей, нежелательная беременность, арест; хронический - жестокие родители или их отказ от ребенка, помещение ребенка на воспитание в различные учреждения.
5. Чрезмерно тяжелый стресс: острый - сексуальная или физическая неполноценность, смерть родителя; хронический - устойчивые сексуальные или физические нарушения.
6. Катастрофический стресс: острый - смерть обоих родителей; хронический - хроническое, угрожающее жизни заболевание.

В МКБ-10 выделяются: острая реакция на стресс, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), расстройство адаптации.

Мы посчитали целесообразным после характеристики этих трех перечисленных расстройств отдельно остановиться на описании переживания утраты как реакции горя в детском возрасте. Это обусловлено, с одной стороны, большой стрессогенной значимостью данного фактора (например, смерть

одного или обоих родителей, брата или сестры, близкого друга), а с другой - необходимостью остановиться на стратегии помощи детям, переживающим утрату. Это представляется важным как для врачей общей практики, так и близких родственников - учителей, сверстников, вовлеченных в травматическое событие.

Клиническая картина. Для реактивных состояний (возникающих как реакция на психотравмирующее воздействие), по классическому определению К. Ясперса, (1960) характерны:

- ◆ определяющая роль психотравмирующих факторов в возникновении, клинических особенностях и течении расстройства;
- ◆ психологически понятная связь между психотравмирующей ситуацией и содержанием реакции;
- ◆ принципиальная обратимость заболевания. *Острая реакция на стресс* - транзиторное (длится от нескольких часов до 2-3 дней) расстройство значительной тяжести, развивающееся у лиц без видимых психических нарушений в ответ на исключительный физический и психологический стресс. Возникает в результате тяжелой психической травмы с угрозой для безопасности самого пациента или его близких (к примеру, природная катастрофа, война, террористический акт, несчастный случай, преступление, изнасилование и др.) или необычно резкого и угрожающего изменения в социальном положении или окружении больного (потеря многих близких, пожар в доме). Симптоматика отличается смешанной, постоянно меняющейся клинической картиной. Обычно через несколько минут после воздействия стрессора возникает состояние «оглушенности» с некоторым сужением поля сознания, снижением внимания, дезориентировкой, неспособностью адекватно реагировать на внешние стимулы. В дальнейшем может наблюдаться уход от окружающей ситуации (до диссоциативного ступора) или агитация и гиперактивность (реакции бегства или фуга). Часты вегетативные проявления панической тревоги (тахикардия, потение, покраснение). Возможна частичная или полная амнезия эпизода.

Лечение. В случаях острого возбуждения необходимо постоянное наблюдение за пациентом и даже его непродолжительное пребывание в стационаре. Как и при лечении ПТСР, первостепенное значение имеют поддерживающие мероприятия (изъятие пациента из неблагоприятного окружения, повышенное внимание к ребенку, подключение родителей и лиц из ближайшего окружения для успокоения ребенка). Целесообразно при возможности прямо обсудить стрессовое событие.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) - отсроченная и/или затяжная реакция на стрессовое событие или стрессовую ситуацию (кратковременную или продолжительную).

На протяжении жизни ПТСР наблюдается примерно у 1% населения, а после разрушительного несчастья - у 50-80% оставшихся в живых. Дети и подростки особенно ранимы в отношении стресса, опасность развития ПТСР у них наиболее высока (от 3 до 100%). Катастрофы, связанные с деятельностью человека, чаще вызывают ПТСР, чем природные. Особенно часто к ПТСР приводит насилие в семье.

Для ПТСР характерно многократное «проживание заново травматического события. К пациенту при этом возвращаются мучительные переживания (реминисценции), навязчиво беспокоят произвольные яркие воспоминания. Симптомы ПТСР развиваются в течение нескольких (не более 6) месяцев после воздействия стрессора и сопровождаются тревожными проявлениями, поведением, избегающим обстоятельств, напоминающих о психотравме. Характерны ощущения оцепенелости и эмоциональной опустошенности, равнодушия по отношению к другим людям, безучастности к окружающему, ангедония (отсутствие способности испытывать удовольствие). Иногда у пациентов с ПТСР наблюдаются острые вспышки страха, паники, агрессии, вызванные сильным повторным переживанием психотравмы. При этом имеют место симптомы повышенной вегетативной возбудимости (повышенный уровень бодрствования, чрезмерная пугливость, нарушения сна, раздражительность, нарушения концентрации внимания, двигательная гиперактивность).

У детей ПТСР имеет свои особенности. У них чаще, чем у взрослых, повторяются тяжелые воспоминания психотравмирующей ситуации. Обычно это бывает в спокойном состоянии, перед сном. Расстройства сна проявляются в нарушении засыпания, кошмарных сновидениях, не всегда (в отличие от взрослых) отражающих содержание травматического события. Дети часто испытывают страхи. Они боятся темноты, засыпать в одиночестве. Страхи с повышенной раздражительностью могут быть ошибочно оценены как гиперкинетический синдром (с гиперактивностью, импульсивностью, отвлекаемостью). После тяжелых психотравм могут наблюдаться панические приступы. У детей чаще

бывают длительные периоды реминесценций, чередующиеся с продолжительными эпизодами избегающего поведения и эмоциональной притупленности.

У подростков (преимущественно у мальчиков) часто наблюдается агрессивность, утрачивается контроль за влечениями. У подростков симптоматика приближается к таковой у взрослых. Поскольку дети склонны к диссимуляции, а родители и учителя недооценивают загруженность ребенка в связи с психотравмой, специалистам необходимо активно выявлять симптоматику, присущую ПТСР, прицельно вести расспрос относительно повторяющихся переживаний, избегающего поведения, повышенной возбудимости. О маленьких детях важную информацию может дать наблюдение за игрой, оценка рисунков.

Лечение. Терапия ПТСР в детско-подростковом возрасте строится на поддержке семьи, социального окружения, сверстников, лиц, участвующих в воспитании, немедленной помощи с их стороны. ПТСР без лечения в большинстве случаев приобретает хроническое течение. Показана психотерапия с использованием специфических техник управления стрессом (прогрессивная мышечная релаксация, дыхательные техники и др.), когнитивно-поведенческая игровая терапия.

Расстройство адаптации у детей и подростков. В МКБ-10 расстройство адаптации описывается как состояние субъективного дистресса (*дистресс* - отрицательное влияние на деятельность воздействием стрессогенных факторов вплоть до полной дезорганизации) и эмоционального расстройства, препятствующее социальному функционированию и продуктивности и возникающее в период адаптации к значительному изменению образа жизни. При этом виде расстройств стрессорами выступают не чрезвычайные психические травмы, как при ПТСР, а такие жизненные трудности, как, например, тяжелое соматическое заболевание, изменение условий жизни, переживание разлуки, потеря близких, миграция, положение беженца, неприязненное отношение в школе и др.

Чаще всего провоцирующим фактором являются школьные трудности, далее - семейные проблемы, первые сексуальные конфликты и проблемы, связанные со злоупотреблением психоактивных веществ (наркотики, алкоголь, токсические вещества).

В общей популяции расстройство адаптации встречается с частотой 4-7%, среди детей и подростков - значительно чаще.

Клиническая картина. Симптоматика появляется в течение 1-3 месяцев после воздействия травмирующего события или попадания в стрессовую ситуацию. Если она удерживается более 6 месяцев, то речь идет о другом нарушении. В происхождении расстройства большую роль играет индивидуальная предрасположенность и чувствительность ребенка.

Клиническая картина отличается большим разнообразием симптомов, к ним относятся депрессия в виде короткого или длительного периода, сочетание тревоги и депрессии, беспокойство, чувство несостоятельности, неспособности планировать или продолжать оставаться в настоящей ситуации, некоторое снижение продуктивности в повседневных делах. У детей часто наблюдается регрессивное поведение (возобновление энуреза, лепетной речи, сосание большого пальца). У подростков могут быть нарушения социального поведения (к примеру, агрессивное, асоциальное). Часто встречаются вегетативные симптомы, расстройства сна, суицидальные попытки.

Переживание утраты в детском возрасте (реакция горя). Начиная с самого рождения ребенок проявляет комплекс поведенческих реакций, которые достаточно эффективно защищают его от опасностей на период незрелости. Эти реакции могут быть охарактеризованы как *поведение взаимной привязанности*, которое гарантирует ребенку пребывание рядом с заботливыми взрослыми. Активно предьявляя это поведение, дети побуждают заботиться о себе. Это поведение характеризуется улыбками, лепетом, крепкими объятиями, плачем. Чуть позже ребенок старается быстро вернуться в безопасное место возле взрослого после того, как он, реализуя свою исследовательскую активность, самостоятельно «поизучает» новый для него окружающий мир. Такого рода детская привязанность максимально выражена примерно до 3-летнего возраста. Затем происходит ее трансформация в другие виды взаимодействия ребенка со своим окружением. Тем не менее даже у взрослого человека характер его социальных взаимодействий несет в себе отголоски паттернов детской привязанности. Для оптимального эмоционального, социального, психосексуального развития у ребенка должна быть удовлетворена потребность в теплом, безопасном, нежном обращении, ребенок должен иметь индивидуальный и продолжительный

опыт заботы нескольких заботящихся о нем лиц, межличностные отношения которых характеризуются чуткостью и гармоничностью. Детская привязанность к родителям имеет свои источники в инстинктивной деятельности и модифицируется личным опытом. Это - важнейший источник психологической безопасности на всю жизнь.

Переживание утраты и горя в детском возрасте весьма своеобразно и связано как с возрастом, так и с психологическими особенностями ребенка. Установлено, что начиная с раннего детства, когда ребенок еще недостаточно овладел навыками пользования устной речью, опыт перенесенной утраты оставляет тяжелый эмоциональный и физический след. В целом характер симптомов при переживании реакции горя опосредуется актуальным на данной возрастной ступени этапом преимущественного реагирования ребенка (соматовегетативный, психомоторный, аффективный, эмоционально-идеаторный). Не обладая по возрасту способностью выразить в словах свои переживания, рационализировать их, ребенок зачастую соматизирует свою реакцию горя (нарушения питания, запоры, энурез, расстройства сна). В более позднем возрасте утрата родителей приводит обычно к эмоциональным и поведенческим проблемам. Психологический характер переживаний ребенка по поводу утраты объекта привязанности можно охарактеризовать как ощущение пустоты, с которой сталкивается ребенок, как бы отделяясь от внешнего мира. Оптимальный вариант помощи ребенку, перенесшему утрату, состоит в том, чтобы обеспечить установление надежной эмоциональной связи с ним, качественно заполняющей психологическую пустоту потери.

Дети, рано потерявшие близких людей, могут быть более склонными к развитию психических расстройств впоследствии. Обнаружено пятикратное увеличение психических нарушений у детей, перенесших утрату, по сравнению с общей популяцией. Взрослые, перенесшие тяжелые потери в детстве, также более подвержены психическим нарушениям (по сравнению с общей популяцией), особенно депрессивным и тревожным расстройствам. Эта симптоматика часто проявляется при последующих потерях. У них также чаще наблюдаются суицидальные попытки.

Даже очень маленькие дети могут горевать, печалиться, скорбеть по потерянным родителям, хотя форма горя у них отличается от таковой у старших детей. Новорожденные и дети, начинающие ходить, реагируют на отделение от заботящегося лица бурным протестом. Если их крик как призыв о помощи останется безответным, то протест может перерасти в ощущение безнадежности и, в конечном счете, если заботящееся лицо не вернется, то может появиться болезненное состояние отчужденности и безразличия. Отсутствие родителей даже на протяжении нескольких часов вызывает так называемую сепарационную тревогу. Такого рода недифференцированная реакция проявляется как при временном отсутствии родителей, так и при их смерти.

Психологические особенности детей младшего возраста (до 5 лет) позволяют им при столкновении с утратой понять ее только посредством конкретных действий и событий, в которые они вовлечены. В этом возрасте детям недоступно полное осознание абстрактных понятий, связанных со смертью, они не «принимают» безвозвратности утраты, считая, например, что умерший человек куда-то на время уехал и вскоре вернется. Дети могут предпринимать вначале попытки поиска умершего человека, от которых со временем отказываются. Дети дошкольного возраста нуждаются в объяснениях того, что умерший уже никогда не вернется, что он неподвижен, не видит, не слышит, не ощущает запахи, его сердце остановилось, он больше не дышит, не может говорить, думать и не чувствует боли. Труднее всего детям удается осознание того, что умерший человек изменяется внешне. Это затруднение сохраняется до раннего пубертатного возраста. Насколько рано у ребенка сформируется понимание различных аспектов смерти и утраты, зависит прежде всего от того, насколько правдивые, тонкие и чувственные объяснения любого опыта ребенка, связанного со смертью, смогут предоставить взрослые, и только потом определятся уровнем когнитивного развития.

Склонность детей к фантазированию и воображению позволяет им жить в мире, где рядом сосуществуют их грезы и реальные события. Но этот мир существенно усложняется, когда в него вторгается ситуация невозполнимой утраты, которая сама привносит переживание отстраненности от реального мира. Таким образом происходит усложнение системы реакции горя у детей.

В возрасте 7-9 лет дети часто задумываются о смерти, постепенно приходит понимание ее окончательности и неизбежности. С одной стороны, примеряя это к себе и осознавая постепенно

однаправленность течения времени, с другой - не обладая достаточным багажом опыта и сил для того, чтобы принципиально управлять жизненными событиями, дети зачастую чувствуют себя беспомощными, испытывая тревогу и страх перед лицом таких обстоятельств.

Лишь к 10 годам представление о смерти приобретает более абстрактный характер, углубляются представления о ее последствиях, несправедливости и смысле произошедшего. После 10 лет смерть понимается ребенком как нечто, что может случиться с ним. В поведении детей 10-12 лет, перенесших утрату близкого человека, может быть отмечено чередование грусти в связи со случившимся и вовлеченности в игровую деятельность, развлечения. Этот феномен может рассматриваться как своеобразная реакция психологической защиты от переживания тревоги и страдания. Для детей в этом возрасте и старше разговоры о смерти слишком мучительны. Иногда нужно достаточно времени, чтобы ребенок начал говорить о случившемся. Желание ребенка говорить о смерти может появиться внезапно, даже если в течение длительного времени он казался абсолютно равнодушным к трагическому событию. Само желание ребенка говорить о смерти следует считать весьма продуктивным, поскольку оно характеризует переход к возможности более зрелого переживания и понимания ситуации утраты.

Психологические особенности подростково-юношеского возраста (нестабильность оценок в суждениях, оформление и стабилизация системы представлений о себе и окружающем мире, эмоциональная незрелость и др.) определяют болезненность реакций горя в этом возрасте, осложняющих течение кризового биологического периода.

Самые острые реакции длятся не более нескольких недель. Большинство детей достигают прежнего уровня социального функционирования. В то же время по результатам родительской оценки у детей, перенесших утрату, имеются большие уровни эмоциональных нарушений и симптомов (по сравнению со здоровыми) на протяжении двух лет после трагического события, а до 40% детей, перенесших потерю близкого человека, обнаруживают расстройства через год после травмы. При прямой оценке детей, перенесших такое травмирующее событие, 37% детей препубертатного возраста через год после него имели диагноз большого депрессивного расстройства. В случае длительного восстановления после травмы у детей и подростков бывают суицидальные мысли, хотя они редко воплощаются.

Непосредственно после утраты близкого человека у детей отмечается сильный страх разлуки со взрослыми (хотят быть рядом со своими родителями), могут быть проблемы со сном, агрессивность, раздражительность, замкнутость, стремление к изоляции, печаль, тоска, мучительные воспоминания и фантазии. В структуре переживаний ребенком горя могут наблюдаться следующие распространенные реакции.

В результате перенесенной утраты дети разных возрастов могут высказывать *страхи и опасения* по поводу того, что может случиться что-нибудь непоправимое с близкими им людьми либо с ними самими. Это может выражаться в неразлучном пребывании со взрослыми и контролем их постоянного присутствия рядом, даже ночью. Дети могут интересоваться состоянием здоровья взрослых, требовать от них заверений в том, что они будут долго жить и ничего плохого больше не случится, пытаться защищать их от известных им дистрессов. В процессе работы горя дети могут быть *замкнутыми, избегать контактов с людьми, испытывать затруднения в учебе* (в том числе за счет нарушения концентрации внимания) *и поведении*. Довольно часто в ответ на потерю близкого человека ребенок испытывает чувство гнева. Он может быть направлен на конкретные обстоятельства или определенного человека. Поэтому вариантами его проявлений могут быть разнообразные агрессивные действия по отношению к окружающим, а также аутоагрессия. Не следует игнорировать наличие суицидальных мыслей и действий у детей (особенно подростков и юношей, в частности, развивающихся по механизму «короткого замыкания») в ответ на перенесенную утрату, когда гнев, соединяясь с чувством вины за случившееся, обращается на себя. Анализируя причины случившегося, дети могут считать, что их собственные мысли или какие-либо поступки, обычно не одобряемые взрослыми, могли способствовать или вызвать смерть близких. Следствием этого может быть испытываемое ими чувство *вины*. Переживание вины ребенком может существенно модулировать его поведение, например, он может вести себя вызывающе (поскольку, как он считает, заслуживает наказания) либо, наоборот, подчеркнута послушно, т.е. так, как любят взрослые. Глубину переживаний утраты у детей не стоит объективно оценивать по выраженности бурных эмоциональных реакций (плач, рыдания, стоны и т.п.). Горе у ребенка зачастую бывает «тихим» и

достаточно продолжительным. Эквивалентами *тоски и печали* ребенка в ответ на утрату близкого человека могут быть такие поведенческие проявления, как назойливость, плаксивость и капризность. Неоправданные наказания за такое поведение могут существенно осложнить работу горя. Характерным ответом на смерть родителя у детей является гиперактивность и поведенческие проблемы. Появление галлюцинаторных образов умершего человека является достаточно типичным для взрослых. Но они возможны и у детей, которые могут интерпретировать их как доказательство возвращения родителей или преследование духом умершего.

Одним из вариантов болезненной утраты в детском возрасте может быть *смерть сиблингов* (родных братьев, сестер). В семье дети часто соревнуются между собой за обладание родительским вниманием и часто испытывают обиду, когда родители уделяют больше внимания больному сиблингу. Особенно отчетливо это проявляется, когда родители подолгу находятся в больнице с ним. В таком случае преобладающей эмоцией у ребенка может быть вина, которая появляется вслед за «торжеством выжившего», когда его брат или сестра умерли. Дети могут верить в то, что их враждебные или амбивалентные чувства к сиблингу вызвали его смерть. Следствием этого могут быть серьезные поведенческие нарушения. Если покойный сиблинг был старше и по-родительски опекал ребенка, то реакция утраты может быть сходна с таковой на потерю родителей.

Помощь детям, перенесшим утрату. Детей редко готовят к предсказуемой утрате (смерти) родителей и сиблингов. Из исследований взрослых, перенесших смерть близких, известно, что траур может быть облегчен, если предвидится неизбежная и неминуемая смерть. У подготовленных детей ниже уровень тревоги по сравнению с теми, кто не подготовлен, даже если они живут в одной семье. В то же время, если взрослые пытаются защитить детей от тяжелых переживаний утраты, дети могут чувствовать душевную боль, будучи исключенными из событий, которые для них очень значимы.

Работа горя у ребенка будет облегчена, если ему позволят принять участие в похоронах и культуральных ритуалах, сопутствующих смерти. Детям от 5 до 11 лет легче понять те физические изменения, которые приносит с собой смерть. Этому пониманию может способствовать непосредственное восприятие этих изменений самими детьми. После смерти ребенок может нуждаться в конкретном опыте наблюдения за умершим родителем, но предварительно его следует подготовить к тому, что он увидит. Затем ребенку можно позволить посмотреть на тело, если он этого захочет. Исключение составляют ситуации, когда тело серьезно изуродовано либо ребенок или родитель испытывает сильное отвращение по поводу идеи осмотра тела. В этих случаях нужна дополнительная поддержка.

Желательно, чтобы во время похорон рядом с ребенком был человек, менее впечатленный смертью, чем ближайшие родственники, и способный оказать ему достаточную поддержку (горюющим в это время взрослым трудно помочь ребенку). Это может быть школьный учитель или кто-либо из родственников, хорошо знакомых ребенку. Врачи общей практики должны учитывать тех детей, которые могут нуждаться в специализированных вмешательствах:

- ◆ дети, которые могут частично иметь отношение к причине смерти (например, сиблинты);
- ◆ те, кто пережил неожиданные и особенно травматичные потери;
- ◆ дети, перенесшие более чем одну тяжелую утрату;
- ◆ подростки, сообщающие о суицидальных мыслях;
- ◆ дети, не отреагировавшие на превентивные воздействия.

Исследование эффективности семейной психотерапии у детей, перенесших тяжелую утрату, показало, что 40% болезненности после потери снижается до 20% через год после утраты в том случае, если было проведено 6 терапевтических сессий. Психотерапевтические сессии целесообразно сфокусировать на разделении и обсуждении горя в семье и поддерживающей беседе об умершем.

НАРУШЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ. АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА. ДЕВИАНТНЫЕ ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ

Временному отрезку от 12 до 16 лет принадлежит особая роль в формировании характера и становлении личности. В подростковом возрасте происходят сложные психологические процессы индивидуального осознания категорий смысла, веры, дружбы, любви. Но наиболее драматичным является процесс осознания себя, ощущения «Я», понимания, своих социальных функций. Эти значимые для формирования личности психологические процессы происходят на фоне перестройки эндокринной системы, интенсивного роста и соматических изменений, с одной стороны, и высоких требований к подростку в этот период в связи с учебной работой в школе - с другой.

Подростковый возраст часто называют критическим, прежде всего из-за высокого риска формирования аномалий характера, дисгармонии личности и обострения текущего психического расстройства. Психологические механизмы нарушения поведения у подростков связаны с определенным модусом взаимодействия с реальностью. Изменяющиеся и усложняющиеся жизненные обстоятельства, связанные с учебной работой, взаимоотношениями с учителями, сверстниками и родителями, требуют от подростка определенного уровня адаптивности. Необходимость изменения и трансформации поведения вытекает также из требования следовать законам и общепринятым нормам поведения. Нарушения поведения в целом объясняются отсутствием способности изменять себя, руководить своими эмоциями, ригидностью и инфантильностью личностных установок. Вместо приспособления к реальности имеют место психологические механизмы противодействия, противостояния, игнорирования и ухода от реальности. Характерные для этого периода психологические, социальные и соматические факторы, взаимодействуя друг с другом, могут стать причинными, провоцирующими или пусковыми в отклонении поведения подростка от общепринятых норм. Нарушения поведения в подростковом возрасте, таким образом, полиэтиологичны и клинически полиморфны.

В подростковом возрасте выделяют ряд *характерологических поведенческих реакций и типов девиантного поведения*. Характерологические поведенческие реакции кратковременны, имеют отчетливую возрастную специфику и бывают обусловлены определенными ситуациями и обстоятельствами. Характерологические поведенческие реакции стали значительно чаще встречаться у здоровых подростков, что обусловлено явлением акселерации - ускоренным физическим развитием и половым созреванием. Современные подростки по своему внешнему виду и сексуальному развитию соответствуют 18-19 годам. При этом, несмотря на кажущуюся взрослость и высокий рост, уровень психического развития у них по степени зрелости заметно отстает. Ускоренное физическое развитие приводит к эмоциональной неустойчивости подростков. Это проявляется внушаемостью, недостаточной критичностью и безответственностью. В выраженных случаях акселерация приводит к так называемому дисгармоничному инфантилизму, сопряженному с временной социальной дезадаптацией и характерологическими поведенческими реакциями. Характерологические поведенческие реакции имеют место и у подростков с аномалиями характера, а также страдающих психическими расстройствами. В этих случаях они приобретают нозологически очерченный характер. В подростковом возрасте выделяют следующие характерологические поведенческие реакции.

Реакция группирования со сверстниками. Подросткам свойственна подверженность чужому влиянию. Это становится основой группирования их по интересам (спорт, компьютерные игры, туризм

и др.). Бесконтрольность со стороны взрослых часто приводит подростков к асоциальным формам группового поведения. В таких группах происходит радикальное отторжение подростка от семьи и прежних интересов, проявление нового поведенческого стереотипа. В группах действуют строгие порядки, основанные на системе поощрения и наказания, используются ритуалы посвящения, базирующиеся на страхе и экзальтации. Формирование нового поведения достигается запугиванием, жесткими иерархическими связями в группе, испытаниями мужества, требованиями преданности, вынужденной проституцией и криминальными действиями. Даже кратковременное пребывание в группе заметно сказывается на поведении подростка. Придавая идеалам группы сверхценное значение, дети этого возраста в семье становятся скрытными и склонными ко лжи. Родители часто и не подозревают, как и с кем их дети проводят время. Первоначально группируются одни мальчики. Впоследствии к ним примыкают и некоторые девочки. Это подростки с серьезными психологическими проблемами, для которых существование в группе имеет крайне отрицательные последствия. Обычно они используются для сексуальных, включая групповые формы, потребностей. Вовлечение подростка в группу бывает вызвано пробудившимся сексуальным влечением и доступностью в ней малолетних проституток.

Реакция имитации. Имитация взрослых и взрослой жизни является типичной для любого детского возраста. Однако в подростковом возрасте эта психологическая реакция становится особенно выраженной, достигая гротескного уровня. Объектами для подражания становятся киногерои, актеры, популярные певцы. Желая походить на них, некоторые дети начинают странно одеваться, делать вычурные прически, моделируют стиль поведения, походку или стремятся изменить внешность. Подражая спортсменам, подростки активно занимаются спортом. При этом часть из них систематически принимает гормональные препараты для увеличения мышечной массы, что наносит существенный вред здоровью. Иногда объектом подражания становится человек, ведущий аморальный образ жизни. Стараясь походить на него, подростки начинают употреблять алкоголь и совершают другие серьезные проступки. Из-за повышенной внушаемости подростки могут легко стать объектом манипуляций. Этим широко пользуются вожаки молодежных криминальных организаций и деструктивных религиозных сект для вовлечения новых членов. Одной из важных причин реакции имитации у подростков является отсутствие собственной нравственной позиции. В отличие от взрослых они не понимают содержания таких понятий, как закон, законность, мораль, право. Поэтому им сложно предвидеть и прогнозировать собственные поступки.

Реакция эмансипации. Подростки стремятся к самостоятельности, освобождению от контроля и опеки взрослых. При этом они делают все наперекор, постоянно противопоставляя себя родителям. В той или иной степени реакция эмансипации характерна для всех подростков. При неправильном поведении родителей, когда они слишком опекают подростка или проявляют деспотизм, противостояние может принять крайние формы. В таких семьях постоянно накалена атмосфера, наказание детей приобретает изощренные формы. Результатом могут быть побеги из дома и бродяжничество. Реакции эмансипации в школе проявляются в декларации независимости от учителей и воспитателей, непослушании, пассивном уходе от ответственности при подготовке занятий. Желая показать свою взрослость, некоторые подростки начинают открыто курить, сквернословить или иным образом пренебрегать общественно принятыми нормами поведения.

Реакция протеста. Это одна из наиболее частых реакций, наблюдаемых в подростковом возрасте. Протестные реакции бывают пассивными и активными. Пассивные реакции протеста проявляют себя в скрытом недовольстве и внутренней враждебности. "В семье это может означать потерю прежних эмоциональных связей и пассивную оппозицию по отношению к родителям. Активные реакции протеста могут выражаться в стремлении все делать назло и далее в агрессии. Но они могут принять форму оговоров или других поступков, нацеленных на скрытое нанесение ущерба. Этими поступками могут быть кражи и порча имущества других лиц. Реакции протеста могут выражаться в объявлении голодовки, реальном голодании и уходе из дома. В знак протеста некоторые подростки утрированно и напоказ употребляют алкоголь или иным образом совершают мелкие правонарушения. Демонстративный характер таких протестных реакций означает скрытую просьбу детей к родителям об уделении им большего внимания. Важно подчеркнуть, что многие подростки поступают таким образом из-за того, что еще не в состоянии придать своим мыслям адекватную словесную форму.

Реакция отказа. Отказ ребенка от привычных форм поведения может носить избирательный или системный характер. Реакции отказа от общения, игр и приема пищи свидетельствуют о серьезном неблагополучии в состоянии здоровья ребенка. Они могут возникнуть психогенно в результате реакции горя в ответ на утрату родителей или быть следствием болезни. Полный отказ даже от одного привычного рода деятельности является серьезным сигналом неблагополучия. Системный отказ от любой деятельности является причиной для экстренного вмешательства врачей и педагогов. Особенно должно настораживать сочетание реакции отказа у подростков с подавленным настроением и пассивной подчиняемостью. Таким образом, к анализу причин реакции отказа следует относиться особенно тщательно.

Реакции компенсации и гиперкомпенсации. Речь идет о формах поведения, с помощью которых подростки стараются скрыть или замаскировать свои слабые стороны. Неуверенные в себе подростки склонны преподносить себя в привлекательном с их точки зрения виде. При этом они стараются казаться старше своего возраста, бравировать несуществующими достижениями, держатся высоко. Считая себя уязвленными по любому незначительному случаю, они склонны к агрессивно-наступательной тактике поведения. Компенсируя сенситивные черты характера, держатся нарочито грубо и вызывающе. При гиперкомпенсации стараются занять в подростковом коллективе главенствующую роль. Для завоевания авторитета вопреки своей психологической конституции совершают дерзкие поступки. К реакциям компенсации и гиперкомпенсации склонны дети, страдающие комплексом неполноценности из-за физического недостатка, дефекта речи и активно употребляющие алкоголь.

Психопатологический тип девиантного (отклоняющегося от нормы) поведения. Имеет место у детей с психическими расстройствами. Некоторые психические расстройства возникают или впервые проявляют себя именно в подростковом возрасте. Иногда психическое расстройство имеет место с раннего детства, но к социальной дезадаптации приводит именно в данном возрастном периоде. Поведенческие проявления психических расстройств в пубертатном возрасте имеют свои особенности по сравнению с таковыми у взрослых. Эти особенности описаны в главах, посвященных конкретным заболеваниям. Важно отметить, что аномальные поведенческие проявления при психических расстройствах структурно входят в комплекс симптомов болезни и не встречаются в изолированном виде.

Патохарактерологический тип девиантного поведения. Наблюдается у подростков, страдающих каким-либо психическим расстройством. Аномальное поведение у них не может быть объяснено повреждением или дисфункцией головного мозга. Для подростков до 16 лет в этом случае используется диагностическая категория: «Расстройство поведения в подростковом возрасте». С возраста 16 лет девиантное поведение оценивается в рамках расстройства личности, так как к этому возрасту формирование личности вступает в завершающую стадию.

При патохарактерологическом типе девиантного поведения очень важна роль наследственности. У родителей с аномалиями характера достоверно чаще рождаются дети с аналогичной патологией. Такие патохарактерологические изменения называют конституциональными или ядерными. Это самый неблагоприятный вариант, который крайне сложно корригировать даже при правильном воспитании ребенка. Чем больше вклад наследственности, тем раньше происходит формирование аномального характера. Большое значение в поведенческих расстройствах у подростков имеют факторы, отрицательно влиявшие на плод во время беременности. Особенно вредным является прием во время или накануне беременности алкоголя и наркотиков. Также опасно курение и прием лекарств, неблагоприятно влияющих на внутриутробное развитие, инфекционные и особенно вирусные болезни матери, недостатки в питании беременной, токсикоз, родовая травма, длительные роды. Выявлена существенная роль несоответствия размеров таза и большого веса плода, создающего условия для родовой травмы. У детей с отклонениями в поведении часто в анамнезе отмечались простудные заболевания в первые несколько лет жизни. Опасность сопряжена и с черепно-мозговыми травмами, отравлениями и неполноценным питанием ребенка, особенно в критические периоды его развития. Фактором, содействующим формированию патологии характера, является недостаток воспитания. Часто он связан с заброшенностью, постоянной атмосферой скандалов, неполной семьей и ситуацией, когда один из родителей является неродным. Однако атмосфера обожания и потакания во всем, встречающаяся при воспитании ребенка бабушкой и дедушкой, также таит угрозу развития аномалии характера в будущем. Патохарактерологические формы

девиантного поведения у подростков представляют собой континуум, где с одной стороны расположены акцентуации характера, а с другой - состояния, клинически соответствующие расстройствам личности у взрослых людей.

Акцентуации характера - это крайние варианты нормы, при которых определенные черты характера чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей или даже повышенной устойчивости к другим. Акцентуации развиваются в период становления характера и сглаживаются при взрослении. Особенности характера при акцентуации проявляются не постоянно, а лишь в некоторых ситуациях, определенной обстановке и не обнаруживаются в обычных условиях. Социальная дезадаптация при акцентуациях либо отсутствует, либо бывает непродолжительной. Дезадаптация при акцентуации характера бывает только при психических травмах определенного рода, когда они адресованы к «месту наименьшего сопротивления», к «слабому звену» данного типа характера. При каждом типе акцентуации имеются характерные только для него уязвимые места. В подростковом возрасте черты характера в целом заостряются. Поэтому у детей с акцентуированным характером риск временных нарушений адаптации и поведенческих девиаций в этом возрасте увеличивается.

Тяжелые расстройства характера у подростков обладают целым рядом особенностей. Они не возникают неожиданно, а являются продолжением уже имеющихся проблем с характером, возникших на значительно более ранних онтогенетических этапах. Болезненные характерологические особенности охватывают всю психическую сферу ребенка, а не ее отдельные фрагменты, и практически не изменяются, в том числе в зависимости от обстоятельств. Характер таких подростков не позволяет им адаптироваться к любой обстановке. Вся окружающая действительность при этом воспринимается как враждебная. Особенно болезненным бывает изменение обстановки, к чему такой ребенок практически никогда не бывает готов. Неспособность перестроиться, отсутствие пластичности, ригидность аффекта - главные причины дезадаптивного поведения. Девиантное поведение объясняется дезадаптацией к реальности. Важно отметить, что эти дети глубоко страдают от собственной ущербности и непонимания окружающих. Однако чувствовать и выражать свои чувства они способны только в рамках своего «больного» характера, совершая психологически непонятные и разрушающие действия. Поэтому они являются одиночками, часто нарушающими функционирование всей семьи.

Врачу крайне важно не только владеть типологией различных патохарактерологических аномалий в подростковом возрасте, но и уметь распознавать их признаки на более ранних этапах. Чем раньше будет распознано формирование аномального характера, начато лечение и педагогическая коррекция, тем больше шансов на удачный исход. Расстройства личности у взрослых крайне резистентны к терапии, а воспитательные мероприятия не эффективны. У детей с аномалиями характера и девиантным поведением значительных успехов можно добиться правильной постановкой воспитательного процесса. Поэтому описание аномалий поведения у подростков целесообразно дать в онтогенетическом плане с анализом проблем в более раннем возрасте. С учетом того, что подростковый возраст заканчивается формированием личности и понятие «расстройство личности» может применяться с 16 лет, возрастной континуум аномального поведения будет обозначен как «формирование расстройства личности».

Истерическое расстройство личности. Первые признаки истерической структуры могут появиться через несколько месяцев после рождения в форме аффективно-респираторных кризов. Клинически эти состояния протекают очень драматично. Сначала ребенок сильно плачет, «заходится». На высоте крика происходит остановка дыхания - апноэ. Могут появиться признаки акроцианоза в виде синюшности крыльев носа и ушных раковин. На несколько десятков секунд происходит потеря сознания. После приступа обычно наступает сон. Родители таких детей, испытывая сильнейший стресс, настаивают и часто добиваются госпитализации и многократных медицинских обследований. Со временем, наблюдая за поведением своих детей, они отмечают ситуационную обусловленность приступов, которые возникают при повышенном внимании и появлении новых лиц. Позже такие дети, едва начав ходить, уже обнаруживают признаки театральности и манерности. Это проявляется в подражании мимике взрослых, повторении за ними их поз и мимических жестов. Такие дети очень обидчивы, капризны и крайне требовательны. Слово «дай» абсолютно доминирует в их первом детском лексиконе и содержит для взрослых «угрожающий» смысл. Если ребенок не овладевает желаемым предметом, следует реакция плача

с возможным переходом к респираторно-аффективному приступу. К 3-4 годам такие приступы становятся более редкими и менее драматичными, уступая место иным истерическим формам поведения. Каковыми бы они ни были, их главной целью является занять все внимание взрослых, быть в центре любых семейных событий. Такие дети бесцеремонно «вторгаются» во взрослые разговоры, позволяют себе бестактные замечания, не соблюдают необходимой дистанции. Желания заявляются в форме приказов. Если они немедленно не выполняются, реакцией может стать демонстративное падение на пол, выгибание спины. При этом ребенок может задыхаться, громко надсадно кашлять, кататься по полу. Типичными при таких ситуациях являются вегетативные проявления: тахикардия, гипергидроз, изменение цвета кожных покровов. Может наблюдаться недержание на ногах по типу астазии - абазии или появление «комка в горле».

В поведении все отчетливее просматриваются манипулятивные тенденции. Это означает попытки руководить поведением взрослых, вызывать у них определенные эмоциональные реакции. Чем ближе ребенку тот или другой член семьи, тем в большей степени он является объектом манипулятивного поведения. Попав в новую для себя обстановку, истеричный ребенок некоторое время остается незаметным. После адаптации в новом для себя коллективе он может предпринять попытку манипулировать окружающими. Для некоторых детей типичным является деструктивное поведение, ограниченное пределами семьи.

Дети с истеричными чертами характера отличаются хорошей памятью, они впечатлительны и эмоциональны. Им нравится участие в играх и в детских спектаклях. Этим детям хорошо удаются роли, и они по-настоящему счастливы на сцене. Атмосфера театральной постановки, где они играют главную роль, переносится в повседневную жизнь. Поэтому эти дети мастерски приукрашивают истории о себе, они склонны к выдумкам, преувеличению и лжи. Истории о себе могут быть заимствованы ребенком из кинофильмов и книг, обрастая при этом его собственными фантазиями и вымыслами. Псевдология, т.е. склонность говорить неправду, постепенно становится свойством личности. Для истеричных детей фантазии преобразуются в своеобразный стиль жизни, модус существования. Важно, что отличить реальность от вымысла для таких детей на самом деле очень сложно. Оказавшись в роли участников следственного процесса, подростки с истеричными чертами характера продолжают фантазировать часто без видимой пользы для себя. При этом уголовные дела могут содержать занимательные фантазии на десятках страниц.

Для речи истериков характерно обилие гротескных и высокопарных слов, а также использование форм превосходной степени. Заболев, эти дети преувеличивают свои жалобы, рассказывая о «ужасных страданиях» и «нестерпимой» боли.

Характерным является также недостаточность упорства и терпения. Дети и подростки с истерическим поведением, обладая живым воображением, хорошей памятью и нестандартным мышлением, «подают надежды», но реальных достижений не имеют. В школе они слынут лентяями, неохотно берутся за учебу и занимаются посредственно. Отсутствие организованности приводит к тому, что время после учебы не планируется и не структурируется. Уроки они выполняют быстро и некачественно, время проводят без пользы. Они обожают компьютерные игры, часами перевоплощаясь в героев звездных войн или завоевателей Вселенной. Поведение этих детей отличает постоянное желание находиться в центре внимания и казаться более значимыми. В некоторых случаях это принимает форму «жажды признания». Стремление выделиться проявляется в манере экстравагантно одеваться и вычурно использовать макияж.

В подростковом возрасте дезадаптивный характер поведения истеричных подростков усиливается. Типичными для этого возраста являются суицидальные попытки. Для суицидального поведения истериков характерны демонстрация намерений и шантаж окружающих. Попытка самоубийства происходит в присутствии других людей или при открытых дверях, если в смежных помещениях есть психологически значимые взрослые. После спасения эти подростки испытывают чувство облегчения и сразу после этого не высказывают повторных суицидальных намерений. Для истеричных подростков характерны реакции оппозиции и имитации. Реакции оппозиции чаще проявляются в «уходе в болезнь». Для имитации избираются киногерои или абстрактные персоны, которые не могут оттенить личность самого подростка. Реакции эмансипации протекают очень бурно. Это требования свободы и равных прав, побеги из дома и

суицидальное поведение. В реальности, такие подростки очень сильно привязаны к родителям, зависимы от них и от семейных устоев, поэтому требования освобождения имеют исключительно декларативный характер. Многие из них, став взрослыми, предпочитают остаться в родительской семье, навсегда отдав предпочтение родителям в качестве объектов своего манипулятивного поведения. В компании сверстников истерики объявляют о желании быть лидером. В реальности необходимыми качествами лидера они не обладают. Со временем между таким ребенком и другими членами подростковой группы возникает конфликт, связанный с изменением ролевых функций. Если истерические черты характера выражены, такой подросток не имеет близких и постоянных друзей, становится все более одиноким.

Для врача очень важно не только научиться самому основным правилам и приемам общения с истеричными детьми, но и обучить этому родителей. Для профилактики аффективно-респираторных кризов у детей младшего возраста нужно посоветовать максимально ограничить демонстрацию внимания к ним. Во время приступов не должно быть паники, для «приведения в чувства» ребенка с апноэ следует использовать нашатырный спирт для вдыхания. Родители должны оставаться хладнокровными и твердыми при падениях ребенка на пол, выгибании и других драматически протекающих формах истерического поведения. Повышенное внимание и вседозволенность являются наихудшим выбором при воспитании таких детей. Истеричный ребенок должен получать поощрения только при выполнении поставленных родителями условий. У таких детей следует воспитывать настойчивость и помогать им реалистически оценивать происходящее в жизни.

Формирование шизоидного типа личности. Шизоидные черты отчетливо проявляются в возрасте 3-4 года предпочтением тихих и уединенных занятий, молчаливостью и недетской задумчивостью. Для таких детей характерны моторная неловкость, необычность вкусов в еде, несвойственная этому возрасту рассудительность. Они быстро овладевают навыками чтения и уже в дошкольном возрасте «погружаются» в мир книг. Внимание родителей и учителей привлекают способности детей с шизоидным характером к логическому и оригинальному мышлению, овладению абстрактными понятиями, к «опережающему» умственному развитию. С раннего детства эти дети интересуются «взрослыми» проблемами, сдержанны и невыразительны в проявлении чувств. Они мало интересуются общением с ровесниками или полностью игнорируют их общество.

В подростковом возрасте формирование шизоидного характера вступает в заключительную стадию, часто приводя подростковые особенности в противоречие с окружающей средой. Замкнутость и отгороженность подростков становятся особенно очевидными и выглядят вызывающе на фоне активного группирования сверстников. Нередко они становятся изгоями в школьном классе и «награждаются» уничижительными кличками, соответствующими «странностям» их поведения и особенностям моторики: «книжник», «заторможенный», «умник» и тому подобное. Погруженность в себя и свои увлечения делает их нечувствительными и эмоционально скупыми в отношении реальности, что создает впечатление абсолютной бесчувственности и черствости. О них говорят как о недостаточно интуитивных, не сопереживающих и эмоционально холодных. Между тем они очень чувствительны и впечатлительны в своем внутреннем мире, который они создали для себя сами в результате фантазий и абстракций. Подростки с шизоидным характером пассивно подчиняются школьному режиму и распорядку дня. Но запреты и регламентация воспринимаются таким ребенком до тех пор, пока не затрагивают его привязанности и приоритетов. В последнем случае требования к нему игнорируются, но может иметь место бурная и разрушительная реакция протеста. Если шизоидный по характеру ребенок попадает в ситуацию постоянного противостояния, это приводит к отгороженности и избеганию контактов и коммуникаций вплоть до антропофобии - боязни и избегания всех людей. Это всегда приводит к углублению шизоидных черт характера вплоть до дисгармонии личности и появлению ранее не встречавшихся особенностей, делающих подростка с аномальным характером похожим на больного шизофренией. Тогда появляются колебания настроения, навязчивые страхи и опасения, амбивалентные чувства и поведенческие реакции. Особенно опасно в плане заболевания шизофренией, когда эти изменения начинают возникать из-за внутренних переживаний ребенка и не объясняются влиянием внешних факторов.

У шизоидных подростков неадекватна самооценка. Завышенная самооценка возникает при успехах подростка в учебе, игре в шахматы, победах на олимпиадах. Ряд предметов, требующих неформально-абстрактного мышления - математика, основы программирования, физика, даются таким детям легче, чем

сверстникам. Нередко успехи достигаются в творчестве (живописи, фотографии, лепке). В этих случаях шизоидные по характеру подростки могут или открыто пренебрегать другими людьми, считая их бездарными, либо делать это скрытно. Иногда уверенность в собственной исключительности возникает без формальной причины. При этом они одновременно бывают «переполнены» чувством неполноценности, убежденностью в наличии у них массы недостатков и даже физических уродств. Болезненная озабоченность собственными физическими недостатками у шизоидных по характеру подростков плохо поддается коррекции и приобретает характер дисморфофобии.

Обычно стремление к самостоятельности у шизоидного подростка ограничивается требованиями невмешательства в его жизнь. Она остается закрытой даже для близких людей. О ней можно судить по творчеству таких детей или иным косвенным признакам: оговоркам, репликам, предпочтениям. Иногда они приоткрывают завесу секретности перед совершенно незнакомым человеком. Выбранный стиль поведения в той или иной степени находится в противоречии с общепринятыми нормами поведения. Ригидный характер поведенческих реакций и нежелание следовать нормам носит у шизоидных подростков характер нонконформизма. Придя к выводу о необходимости какого-либо рода деятельности, шизоидные подростки бывают очень настойчивыми в достижении цели. При этом они никому не объясняют мотивов своих поступков. Но из-за склонности к символическому и абстрактному мышлению такие дети чаще созерцают и мечтают, что расценивается педагогами как непрактичность и лень.

У детей с шизоидными чертами характера наблюдаются особенности речи: несоответствие интонаций и ударений во фразе, сложность речевых оборотов, недостаточная модулированность речи, непринятые сокращения слов и изобретение новых. В содержании прослеживаются странные логические комбинации, необычные методы обобщения и неожиданные выводы. У подростков с шизоидным характером часто, но далеко не всегда отмечается диспластичное телосложение, угловатость походки. Имеется прямая связь между выраженностью шизоидных черт характера и непропорциональностью телосложения.

Родителям очень важно развивать моторику шизоидного по характеру подростка, гибкость в отношениях с окружающими, способность идти на компромиссы, воспитывать другие навыки общения. Важно найти общий язык с ребенком и методически добиваться его расположения для того, что бы получить доступ к его сложному внутреннему миру. Завоевав доверие, им нужно чрезвычайно дорожить. Ни в коем случае нельзя требовать, чтобы он «был как все нормальные дети*», ставить перед ним условия, дистанцироваться и наказывать. Целесообразно давать этим детям постепенно, с возрастом больше самостоятельности. Правильная профориентация имеет для социальной адаптации шизоидного подростка решающее значение.

Эпилептоидное формирование личности. С раннего детства таких детей отличает озлобленность, хмурое настроение, капризность и садистские наклонности. С несвойственной детям безжалостностью они мучают животных и обижают других детей. В поведении ребенка-эпилептоида просматривается властность и деспотизм. Он требует безоговорочного подчинения, устанавливает правила игры и набрасывается с кулаками на других детей, если те не выполняют его требований. Выраженной особенностью эмоциональной сферы является склонность к дисфориям - нарастающему раздражению с тоскливо-злым оттенком. Это раздражение имеет свойство нарастать изнутри и не зависит от поведения окружающих. Поводом для эмоционального разряда может служить любое действие окружающих, включая проявления сочувствия. Для эмоциональной разрядки эпилептоидов характерна большая интенсивность, продолжительность и двигательное возбуждение. Тогда эти дети могут ударить любого человека, сломать мебель, разбить стекло, уничтожить семейную реликвию. Дисфорическое настроение может продолжаться от нескольких часов до нескольких дней. Важно отметить, что эпилептоид не в состоянии совладать с собой и предотвратить дисфорию. Подростки-эпилептоиды для разрядки эмоционального напряжения провоцируют драки. Тогда они придираются к окружающим, «задевают» или оскорбляют их, а если не находят повода, могут наброситься без формальной причины. Дерутся подростки с эпилептоидным характером крайне жестоко и беспощадны, даже если им не оказывается сопротивление. В таком состоянии они очень опасны, так как могут нанести жертве тяжкое телесное повреждение. Дисфория бывает и не столь выраженной, проявляя себя бездельем, угрюмостью и мрачным видом.

Отношения в семье у подростков с эпилептоидным характером дисгармоничны. Постоянные конфликты часто приводят к разрыву с родителями. Реакция эмансипации в целом носит избирательный характер: такие подростки бывают часто назойливы в предложении собственной дружбы и заискивают перед другими членами семьи в поисках поддержки. Заискивание перед людьми, от которых они зависят, - одна из главных особенностей эпилептоидного характера. При этом угодничество, лесть и употребление уменьшительных форм слов часто выглядят карикатурно. Вместе с тем они крайне злопамятны. Годами такие подростки могут носить в себе обиду по самому незначительному поводу, детально разрабатывая план мести. Мышлению подростков с эпилептоидным характером свойственны тугоподвижность замедленность по темпу, мелочная детализация, слабая переключаемость. Это делает таких детей педантичными и аккуратными. Они не по-детски практичны, склонны к реализму. Им хорошо удается деятельность, требующая усидчивости и однообразия. Реакция увлечения в типичном случае проявляется в коллекционировании.

Для большинства эпилептоидов характерен ряд соматических особенностей, усиление и инверсия инстинктивной сферы. Их отличает массивная приземистая фигура и хорошо развитая мышечная система. В движениях отмечается тяжеловесность и замедленность. У них хороший аппетит и глубокий сон. Сексуальное влечение очень интенсивно и сопряжено с постоянной ревностью. В удовлетворении сексуального чувства часты проявления садомазохизма и гомосексуализма. Имеется прямая связь между эпилептоидным соматотипом и выраженностью характерологических особенностей, что не исключает эпилептоидного характера у подростков с иным телосложением. В подростковом возрасте у некоторых эпилептоидов наблюдаются такие расстройства влечений, как пиромания (склонность устраивать поджоги) и дромомания (склонность к бродяжничеству). Страсть таких подростков к накопительству и любовь к деньгам, не свойственную подростковому возрасту, следует расценивать в целом как обусловленную инверсией сферы инстинктов и влечений. Свойственное эпилептоидам расстройство влечений проявляется и в отношении алкоголя. Влечение к спиртному обычно сильно выражено, однако многие подростки с данным типом характера отличаются пониженной толерантностью к алкоголю. Подростки пьянеют от небольших доз, становятся все более развязными и не в состоянии контролировать себя. Характерно стремление пить до отключки. Особенностью алкогольного опьянения эпилептоидных подростков является дисфоричный оттенок. Если в трезвом состоянии дисфория нарастает медленно, то в состоянии опьянения - молниеносно и очень интенсивно. Любой жест или слово случайных людей или собутыльников, истолкованное как оскорбительное, становится поводом для жестокой расправы. Еще одной существенной деталью является свойство эпилептоидов не помнить или вспоминать фрагментарно эпизоды, связанные с потерей контроля над собой. Для реакции группирования характерно стремление таких подростков к лидерству. Оно занимает особое место во всем психическом облике подростка, приводя его к тяжелым конфликтам со сверстниками. Для врачей и педагогов важно использовать сильные стороны в характере эпилептоидных подростков: усидчивость, организованность, реализм. Такие подростки могут отстать от школьной программы из-за интенсивности образовательного процесса, не понимают иронии или дружеских шуток и могут затаить злобу по незначительному поводу. Для их профориентации больше подходят профессии, требующие усидчивости и предполагающие минимальные межперсональные контакты.

Психастеническое формирование личности. В раннем детстве таких детей отличает пугливость, застенчивость и тревожность. Они чрезвычайно привязаны к родителям и в отсутствие последних опасаются за их жизнь. Психастеники склонны к фантазиям, в которых присутствует сценарий надвигающейся беды. У таких детей после испуга могут возникнуть тики, заикание и нарушение сна. В школьном возрасте тревожность и ранимость усиливаются. В поведении появляется сверхбдительность. Они рано встают в школу и несколько раз перепроверяют портфель. Дома подолгу занимаются уроками и многократно выверяют ошибки. Очень болезненно переносят замечания и наказания. Если таких детей воспитывают деспотичные родители или в семье царит конфликтная обстановка, психастенические черты характера усиливаются.

В подростковом возрасте у психастеников формируется комплекс неполноценности, вызванный мнимым дефектом собственной внешности и часто достигающий степени дисморфофобии. Девочки могут при этом страдать комплексом полноты и серьезно ограничивать себя в диете. Комплекс неполноценности

распространяется на собственные умственные способности. При этом подростки необоснованно думают о том, что безнадежно отстали от школьной программы и что сверстники опережают их по развитию. В подростковом возрасте у психастеников усиливаются проблемы, обусловленные их застенчивостью. Они мучительно страдают при необходимости отвечать у доски, неохотно идут на контакты со сверстниками и предпочитают одиночество. Особенно трудно им познакомиться и общаться с представителями противоположного пола. Со временем у психастеников возникают социальные фобии: страх быть вызванным к доске, любой критики в свой адрес, экзаменов. При необходимости выступить перед классом у психастеника появляются вегетативные нарушения: тремор пальцев рук, гипергидроз, сердцебиение, понос. Особенно неблагоприятным в прогностическом плане является страх конкретных людей. Поведение подростка принимает тогда избегающий характер, что серьезно может ограничить степень социальной адаптации.

Психастеников отличает хороший интеллект. Они задолго до школьного возраста учатся читать и потом всегда предпочитают интересную книгу шумной компании сверстников. В подростковом возрасте особенностью мыслительной сферы у таких субъектов часто становится «умственная жвачка». Они постоянно анализируют свои поступки, сомневаются в правильности сделанного выбора. При оценке последствий собственных действий психастеники склонны к пессимизму и повторной перепроверке сделанного. Опасения и страхи приобретают навязчивый характер, мысли - вид астенических ментизмов со слабокорректируемой концентрацией вокруг конфликтной темы. Этим подросткам чрезвычайно сложно принимать решения, и они бывают благодарны за подсказки и наставления. При появлении навязчивостей в мыслительной сфере формируются ритуалы в поведении и навязчивое следование приметам.

Из реакций подросткового возраста психастеникам свойственна гиперкомпенсация нерешительности, когда принимаются слишком быстрые и необдуманные решения. Психастеническому характеру чаще всего соответствует астенический тип телосложения.

Для людей, окружающих таких подростков, важно знать сильные и слабые стороны их характера. Психастеники гиперсоциальны и склонны к перфекционизму. При выполнении порученного им задания они проявляют настойчивость и волю. Педагогам важно при этом не настаивать на временных рамках, так как таким подросткам нужно не спеша все разложить по полкам и докопаться до сути. Необходимо оградить их от насмешек и язвительных замечаний. Родителям следует избавить детей с астеническими чертами характера от семейных ссор и выяснения отношений. Целесообразны систематические занятия спортом.

При *астеноневротическом типе формирования личности* особенности ранне-детского поведения аналогичны описанным выше. В подростковом возрасте на первое место выступают проявления астении. Детей постоянно беспокоят повышенная утомляемость и частая бессонница, отмечаются раздражительность, неустойчивое настроение и вегетативные нарушения. Утомляемость проявляется снижением продуктивности во время занятий, низкой сообразительностью, забывчивостью, неустойчивым вниманием. Таким подросткам очень сложно заставить себя сосредоточиться, у них затруднено словесное выражение представлений (не удается подобрать нужные и точные слова). Сформулированная детьми мысль в словесном выражении бывает часто неточна. Из-за утомляемости такие дети делают частые перерывы в работе или стремятся готовить уроки по частям. В связи с когнитивной недостаточностью у подростков с астеноневротическим формированием личности отмечается напряженность и утрата психической уравновешенности. Они легко теряют самообладание, вспыльчивы, ворчливы, задиристы и вздорны. Настроение может изменяться по незначительному поводу от подавленности до кратковременного оптимизма. Характерна гиперестезия к громким звукам и яркому свету. Из вегетативных нарушений особенно типичны диспепсия и головные боли в виде чувства тяжести и дискомфорта в голове. Подростки подолгу не могут уснуть, сны носят, как правило, яркий, образный характер и не дают ощущения отдыха. Родители таких детей подолгу обследуют их у врачей, но даже тщательно проведенные врачебно-диагностические мероприятия не выявляют какой-либо серьезной патологии. При посещении врачей подростки с астеническим характером фиксируются на каких-либо определенных жалобах и уходят в болезнь. Многие из них отмечают при употреблении алкоголя успокоение и прилив постоянно не хватающей им бодрости, что может способствовать формированию зависимости от алкоголя.

Для таких подростков крайне важны режим и распорядок дня. Необходим особый такт при проявлении ими грубости и раздражительности. Важно, чтобы родители дополнительно занимались с такими детьми и не наказывали их за неуспеваемость. Походам к врачам следует предпочесть прогулки и дозированные занятия спортом. Для будущих врачей важно знать, что астеноневротическое формирование личности обусловлено не органической патологией, а низким уровнем общей биологической реактивности.

Когда в структуре формирующейся личности подростка имеет место сочетание обостренного чувства собственной неполноценности, впечатлительности и повышенной чувствительности, говорят о ее **сенситивном типе**. Ранние детские проявления при формировании сенситивной личности сходны с таковыми при астеноневротическом и психастеническом типах, но степень их выраженности бывает гораздо выше. Повышенная чувствительность сенситивных подростков предопределяет непереносимость самых обычных и неизбежных жизненных ситуаций: любого критического замечания, развязного поведения сверстников, получения отрицательной оценки. Если такие подростки становятся объектом насмешек или сверстники отводят им низкое место в иерархии отношений подростковой группы, они способны к побегам из дома, прогулу школьных занятий или даже суицидальным поступкам. Мотивы этих поступков бывают труднообъяснимы, непонятны и неожиданны не только для посторонних, но и для родителей. Нарушения поведения в данном случае объясняются особой психической конституцией таких подростков, которые многократно преувеличивают отрицательное отношение к себе других людей и любыми путями стараются избежать тяжелых для себя ситуаций. Тем более травматичными бывают стычки с другими подростками, оскорбления, упреки родителей. Сенситивные подростки склонны накапливать в себе обиды. При этом у них на длительное время снижается настроение и доминируют самоуничижительные мысли. В старших классах у сенситивных детей проявляется реакция гиперкомпенсации. Тогда их поведение парадоксально изменяется, и они могут совершать необдуманно вызывающие поступки.

Сенситивный характер подростка является причиной высокого риска совершения им истинного суицида. Необходимо внимательно следить за высказываниями такого ребенка, так как о суицидальном намерении можно узнать только по косвенным признакам. Чаще всего это могут быть высказывания о малой ценности жизни и о собственной никчемности. Воспитательные мероприятия должны быть направлены на укрепление самоуважения и исправление иррационального способа мышления таких подростков. Родителям желательно уделять им как можно больше времени; особая роль отводится отцам таких детей. Сенситивный тип личности является наименее адаптивным и во взрослом возрасте. Однако наиболее уязвимыми такие люди бывают именно в подростковом периоде.

ЛЕКЦИЯ № 8

УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ

Умственная отсталость (олигофрения) - сборная группа различных по этиологии, патогенезу и клиническим проявлениям непрогредиентных патологических состояний, общим признаком которых является наличие врожденного или приобретенного в раннем детстве (до 3 лет) общего психического недоразвития с преимущественной недостаточностью интеллектуальных способностей. К умственно отсталым детям и подросткам относятся те, у которых интеллектуальный коэффициент (IQ) ниже 70 баллов. Распространенность умственной отсталости, по данным разных авторов, составляет 1-3% в популяции.

Этиология и патогенез. В основном выделяются две формы умственной отсталости: обусловленная наследственными факторами и обусловленная экзогенными воздействиями (органическими и социальными).

О значительной роли наследственного фактора свидетельствует высокая конкордантность умственной отсталости у монозиготных близнецов (до 90%) по сравнению с дизиготными (около 40%).

Более глубокие степени умственной отсталости чаще отмечаются при рецессивном типе наследования. При неглубоком типе дефекта решающим являются доминантные и полигенные

наследственные факторы. Большинство аутосомно-рецессивных форм умственной отсталости представляют собой метаболические заболевания, в патогенезе которых главную роль играют нарушения обмена веществ (белкового, жирового, углеводного и др.).

К рецессивно-наследственным формам умственной отсталости относятся такие заболевания, как фенилкетонурия, галактоземия и др.

При доминантном наследовании мутантный ген проявляется в гетерозиготном состоянии и его действие в определенной мере компенсируется полноценными аллелями. В таких случаях больными являются половина детей и один из родителей. Мальчики и девочки страдают в одинаковой степени. Прослеживается также патология в родословной по вертикали. Внутрисемейные случаи схожи по клинической картине.

Встречается и нолигенно обусловленная умственная отсталость. Обычно в этих случаях у родителей отмечается неглубокая умственная отсталость, а у детей - более выраженная.

В генезе умственной отсталости имеют значение хромосомные aberrации.

Другую группу составляют экзогенные факторы, действующие на развивающийся мозг ребенка во время беременности, родов и в первые годы жизни.

Патогенное влияние на плод могут оказать следующие факторы: хронические соматические и инфекционные заболевания матери; употребление беременной женщиной некоторых лекарств, алкоголя, наркотиков; токсикозы беременных и др. Имеют значение родовые травмы и гипоксия в родах. В постнатальном периоде в качестве этиологических факторов чаще выступают нейроинфекции (менингиты, менингоэнцефалиты), тяжелые интоксикации, дистрофические заболевания, черепно-мозговые травмы и др.

Патогенез различных форм умственной отсталости неодинаков, хотя имеются и некоторые общие патогенетические механизмы. Особо важная роль среди них принадлежит периоду онтогенеза, в котором происходит поражение развивающегося мозга. Характер ответных реакций головного мозга во многом зависит от уровня его морфологического развития и функциональной зрелости. В этом случае воздействие наследственных и экзогенных факторов может вызывать клинически сходные эффекты.

В этом плане все пороки развития делятся на гаметопатии, связанные с поражением репродуктивных клеток родителей до оплодотворения; бластопатии, обусловленные поражением зародыша на стадии бластогенеза (до 4 недель беременности); эмбриопатии - поражение в период эмбриогенеза (4 недели - 4 месяца беременности); фетопатии, возникшие при поражении плода в сроки от 4 месяцев до конца беременности.

Поражения во время бластогенеза могут приводить к грубому нарушению всего организма или многих органов и систем. Дисплазии и аномалии, возникшие в период эмбриогенеза, в большинстве своем неспецифичны. Экзогенные воздействия в этом периоде вызывают нарушения, сходные с генетическими. Однако при эмбриопатиях вследствие хромосомных aberrаций выявляются и специфические морфологические и биохимические изменения, ведущие к нарушению синтеза ферментов и белков организма.

При фетопатиях (вторая половина беременности) значительных физических изменений не происходит. В этом периоде в основном нарушается формирование мозга, особенно его сложных структур и механизмов.

Умственная отсталость, возникшая в результате экзогенного воздействия в постнатальном периоде, обусловлена резидуальной энцефалопатией.

При энзимопатических видах умственной отсталости вследствие генных мутаций нарушения обмена веществ обнаруживаются или сразу после рождения ребенка, или в первые месяцы жизни.

При тяжелых формах эмбриопатии патоморфологические изменения головного мозга встречаются в виде его малого веса и размера, задержки дифференциации извилин и борозд, недоразвития отдельных долей, особенно лобных. Нередко встречается гидроцефалия с атрофией коры головного мозга, уплощением борозд и извилин.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

Клиническая картина олигофрении многообразна по характеру и степени выраженности психопатологических проявлений. Однако имеются и некоторые общие клинические признаки. Это проявляется в следующих главных особенностях:

- 1) происходит недоразвитие не только интеллектуальной деятельности, но и психики в целом;
- 2) при тотальном психическом недоразвитии в основном на первый план выходит недоразвитие абстрактного мышления и логической памяти.

У детей до года происходит задержка развития моторики (поздно начинают сидеть, ходить), эмоционального, зрительного реагирования на окружающее.

На 2-3-м году умственная отсталость проявляется в задержке развития речи, примитивной игре, отсутствии пытливости, эмоциональной живости.

На дошкольном этапе отмечается отсутствие интеллектуального интереса к овладению школьными навыками. Игры остаются примитивными, эмоции бедными. Отмечается недоразвитость высших эмоций. Речь характеризуется малым запасом слов, фонетическими и фонематическими нарушениями.

В школьном периоде интеллектуальное недоразвитие все больше сказывается на успешности освоения учебной программы.

У больных с умственной отсталостью могут возникать декомпенсации с нарушениями поведения (бродяжничество, сексуальная расторможенность, ранняя алкоголизация), эмоциональными расстройствами (чаще депрессии), психозами (бред, галлюцинации), судорожным синдромом. Классифицируют умственную отсталость также по степени интеллектуального недоразвития.

Легкая умственная отсталость (дебильность). Нарушение мышления при дебильности проявляется резким ограничением способности к отвлеченному абстрактному мышлению, преобладает конкретно-образное мышление. В связи с этим отмечается неспособность к овладению отвлеченным счетом и математическими знаниями. Способность к суждениям также ограничена. Как правило, не удаются перенос умозаключений по аналогии, логические обобщения (кроме простейших). Нередко имеют место бессмысленные ассоциации (при глубокой дебильности) или крайняя бедность ассоциаций по логическому смыслу. Характерна невозможность использования прежнего опыта в новой ситуации. Нередко отмечается общее снижение памяти, особенно логически-смысловой.

У дошкольников умственная недостаточность проявляется в невозможности правильно, целенаправленно организовать игру, понять смысл игрушки. Их игровая деятельность не носит творческого характера, складывается из механически повторяющихся манипуляций. Дети предпочитают шумную беготню или остаются пассивными исполнителями подчиненных ролей. Само становление игровой деятельности также обеднено. У детей сохраняются манипулятивные формы игры. Запоздывает или вовсе не наблюдается этап поисковых операций с игрушкой и функциональная игра.

Речь также имеет свои особенности. Дети долго не овладевают речевыми навыками. На всех этапах онтогенеза отмечается задержка формирования речи (отсутствует лепет, поздно, в 2-3 года, произносятся первые слова). Особенно отстает фразовая речь. Долгое время сохраняются короткие фразы, аграмматизмы.

У таких детей наблюдается расстройство внимания в виде аспонтанности или отвлекаемости без возможности достаточной его концентрации. У них выявляется сужение интересов с сосредоточением на удовлетворении потребностей, связанных с бытовым благополучием (еда, одежда). В то же время отмечается неплохая ориентировка в житейских бытовых вопросах при крайнем ограничении школьных знаний, бедном кругозоре.

Двигательная сфера также недоразвита. Отмечаются: неуклюжесть, угловатость, недифференцированность тонкой моторики, смазанность мимики. Имеют место вялость и медлительность или, напротив, двигательное беспокойство и расторможенность. В процессе развития ребенка, страдающего легкой умственной отсталостью, отмечается позднее созревание моторных навыков (отставание сроков ходьбы, самообслуживания). Нередко наблюдается левшество.

Эмоциональные проявления при легкой умственной отсталости также бедны. Настроение может быть вялым, апатичным или с оттенком эйфории. На фоне перечисленного отмечаются аффекты злобы, гнева, но они нестойкие. Тонкие эмоции (чувство жалости, сострадания, печали) обычно маловыражены.

Примитивные эмоции, связанные с инстинктивными потребностями (голод, жажда, сексуальность и др.), могут быть повышены. При легкой умственной отсталости характерно нарушение волевых установок. Дети лишены целенаправленного, самостоятельного поведения в обществе, легко попадают под дурное влияние, могут быть использованы в качестве исполнителей в криминальных действиях более полноценных правонарушителей, но также могут отличаться преувеличенно примерным поведением. Дебильность сочетается с общей нивелированностью структуры личности. Эти свойства больше отмечаются в подростковом возрасте. У них могут определяться заторможенность, робость с возможным чувством неполноценности и другими чертами повышенной тормозимости или, напротив, возбудимость со взрывчатостью: появляются истерические проявления, возможна и повышенная самооценка, напыщенность, склонность к шаблонам в поведении и высказываниях с бездумным повторением оборотов речи взрослых, подражанием их поступкам.

Дети с легкой умственной отсталостью способны к овладению программой вспомогательной школы и несложными специальностями (сапожник, столяр, младшая медсестра). Взрослые при отсутствии эмоционально-волевых нарушений могут приобретать специальности несложных (ручных) видов труда.

При легкой умственной отсталости IQ составляет 50-69. Такие больные среди лиц с умственной отсталостью встречаются в 75% случаев.

Умеренная (IQ - 35-40) и тяжелая (IQ - 34-20) умственная отсталость (имбецильность). Среди больных с умственной отсталостью данные степени встречаются примерно в 20% случаев.

Мышление конкретно-действенное, механическая память - снижена. Словарный запас также резко снижен. К школьному обучению и систематическому труду неспособны. Обучение и социальная реабилитация направлены на овладение навыками самообслуживания. Такие пациенты нуждаются в постороннем надзоре, признаются инвалидами детства (2-я группа у взрослых).

Глубокая умственная отсталость (идиотия). Данная степень встречается примерно у 5% больных с умственной отсталостью. IQ у них составляет менее 20 баллов.

У таких детей практически отсутствуют мышление и память. Речь не развита. Могут произносить несколько слов или нечленораздельные звуки. Ведут чисто вегетативный образ жизни. Сознание своей личности отсутствует.

Часто глубокая умственная отсталость сочетается с грубыми неврологическими расстройствами, физическими уродствами, - нарушениями слуха и зрения. Такие дети являются инвалидами детства (1-я группа у взрослых).

НЕКОТОРЫЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ФОРМЫ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

Олигофрении, обусловленные поражением хромосомного аппарата

Синдром Клайнфельтера. Встречается только среди мужской части населения с частотой 1:500. У таких пациентов отмечается наличие лишней X-хромосомы (XXY, XXXY, XXXXY). В клетках обнаруживается половой хроматин. Мужчины с синдромом Клайнфельтера характеризуются высоким ростом, длинными конечностями, евнухоидизмом, бесплодием. Внешне иногда появляются фемининные черты: нежная кожа, отсутствие оволосения на лице. В моче определяется повышенный уровень 17-кетостероидов и гонадотропных гормонов.

Умственная отсталость имеет различные степени, но чаще отмечается легкая степень. Такие больные иногда способны приобретать определенный уровень знаний и навыков. Однако трудовую адаптацию осложняют присущие им безынициативность, снижение побудительных мотивов, неуверенность в себе. В ряде случаев интеллект может быть в пределах нормы.

Болезнь Дауна. Заболевание встречается с частотой 1:600-800. У большинства больных обнаружена трисомия по 21-й паре хромосом, у части - транслокация участка 21-й пары хромосом на 13-15-е пары или мозаицизм (одни клетки имеют нормальный кариотип, другие - трисо-мию по 21-й паре хромосом). При данном заболевании отмечается недоразвитие лобных долей и мозжечка, недостаточное развитие извилин, замедленность темпа миелинизации пирамидных путей и другие дефекты нервной, а также эндокринной системы.

Характерен внешний вид больных: широкое лицо с «монголоидным» разрезом глаз, добавочное третье веко, широкий и короткий нос, выступающая нижняя челюсть, короткие конечности и пальцы,

уменьшенные ушные раковины с приросшими мочками. Язык обычно большой, изрезанный бороздами. На ладони имеется выраженная поперечная складка. Небо высокое, иногда отмечается волчья пасть.

Подавляющая часть пациентов с болезнью Дауна имеет умеренную и тяжелую степень умственной отсталости.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

Обычно дифференциальный диагноз олигофрении с другими психическими заболеваниями не представляет трудности. Сложным иногда является установление причины и, следовательно, формы олигофрении. Особенно это касается энзимопатических форм олигофрении. Их диагностические критерии приведены в соответствующих разделах.

Часто у детей трудно отличить олигофрению от олигофреноподобного дефекта при шизофрении, возникшей в раннем детском возрасте. Если имеется сходная клиническая картина, но дефект возник после периода более или менее благополучного развития ребенка, то необходимо в первую очередь исключить энзимопатии. При олигофреноподобном дефекте шизофренического генеза выявляется снижение энергетического потенциала, на первый план выступает отгороженность ребенка, его эмоциональное уплощение. Отмечается своеобразие и стереотипность игр, более богатое его внутреннее содержание по сравнению с тем, что он демонстрирует, отсутствие коммуникативной стороны речи по сравнению с более сохранной спонтанной.

У детей дошкольного возраста иногда сложно, но важно дифференцировать умственную отсталость от временной задержки психического развития и семейно-педагогической запущенности. При последнем диагнозе детей отличает большая любознательность, живость эмоций, хорошее восприятие помощи, положительная динамика интеллектуальных способностей.

ЗАДЕРЖАННОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ (ЗПР)

В отличие от умственной отсталости с ведущей симптоматикой недоразвития высших психических функций личности в целом при пограничных формах интеллектуальной недостаточности (IQ 70-80) страдают в первую очередь память, внимание, работоспособность, аффективно-волевая сфера, что препятствует полноценному использованию и развитию интеллектуальных возможностей ребенка. Под термином «задержка развития» понимается синдром временного отставания развития психики в целом или отдельных ее функций (моторных, сенсорных, речевых, эмоционально-волевых). Являясь следствием временно действующих неблагоприятных факторов (ранней депривации, плохого ухода), задержка темпа психического развития может иметь обратимый характер. В этиологии ЗПР играют роль конституциональные факторы, хронические соматические заболевания, органическая недостаточность нервной системы чаще резидуального (остаточного) характера.

Исходя из этиологического принципа, выделяют четыре основных варианта ЗПР: конституционального, соматогенного, психогенного, церебрально-органического генеза.

При ЗПР конституционального происхождения (гармонический, психический и психофизический инфантилизм) инфантильности (детскости) соответствует инфантильный тип телосложения с детской пластичностью мимики и моторикой. Эмоциональная сфера этих детей находится на более ранней ступени развития, соответствуя психическому складу характера ребенка более раннего возраста.

Задержка психического развития соматогенного происхождения характеризуется эмоциональной незрелостью, которая обусловлена длительными заболеваниями, врожденными и приобретенными пороками соматической сферы, в первую очередь сердца. В замедлении темпа психического развития значительная роль принадлежит стойкой астении.

Задержка психического развития психогенного генеза связана с неблагоприятными условиями воспитания. Так, в условиях безнадзорности формируется патологическое развитие личности с ЗПР по неустойчивому типу (неумение тормозить свои эмоции и желания, импульсивность). При воспитании по типу гиперопеки ЗПР проявляется в форме эгоцентрических установок. В психотравмирующих ситуациях или условиях воспитания с преобладанием жестокости и авторитарности формируется невротическое развитие личности.

При ЗПР церебрально-органического генеза необходимы срочные коррекционно-педагогические мероприятия в условиях дошкольных (логопедические группы) и школьных (классы для детей с ЗПР) детских учреждений. Причинами ЗПР являются: патология беременности и родов, инфекции, интоксикации, травмы нервной системы в первые годы жизни. Замедление формирования познавательной деятельности связано с церебрастеническим синдромом - повышенной утомляемостью, нарушением памяти, внимания, замедлением темпа интеллектуальной деятельности при быстром нарастании усталости. Нейропсихологические исследования выявляют в графических пробах увеличение ошибок при письме - слитное написание слов, перестановку слогов, недописывание элементов букв, окончаний слов и др.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

В настоящее время возможно лечение энзимопатических и эндокринных форм умственной отсталости.

В большинстве остальных случаев этиопатогенетическое лечение отсутствует. Важнейшими в коррекции являются социально-психологические меры: соответствующий профиль обучения, правильное трудоустройство, использование остаточных способностей.

Детям с речевыми нарушениями показаны логопедические занятия, с двигательными - лечебная физкультура, физиотерапия.

Для стимуляции познавательной деятельности и коррекции церебрастенического синдрома назначают ноотропы, витамины. При наличии судорожного синдрома - противосудорожное лечение; при депрессии - антидепрессанты; при нарушениях поведения и психозах - антипсихотические средства (нейролептики).

Если в клинической картине присутствует неврологическая симптоматика, церебрастенический синдром - требуется применение дегидратационной и рассасывающей терапии (2-3 курса в год).

Важнейшим в предупреждении заболеваний является медико-генетическое консультирование.

Для профилактики экзогенно-органических форм умственной отсталости имеют значение правильное ведение беременности, родов, своевременное лечение нейроинфекций в раннем возрасте.

ЭПИЛЕПСИЯ

Эпилепсия - хроническое психоневрологическое заболевание, характеризующееся склонностью к повторяющимся внезапным припадкам. Припадки бывают различных типов, но в основе любого из них лежит аномальная и очень высокая электрическая активность нервных клеток головного мозга, вследствие которой возникает разряд. При этом возможны три исхода: 1) разряд может прекратиться в границах его возникновения; 2) он может распространиться на соседние отделы мозга и прекратиться, встретив сопротивление; 3) он может распространиться на всю нервную систему и лишь затем прекратиться. Припадки, возникающие в первых двух случаях, называют парциальными, в последнем же случае говорят о генерализованном припадке. При генерализованных припадках сознание всегда нарушается, тогда как при парциальных оно иногда утрачивается, а иногда сохраняется. Для обозначения припадков нередко используют также термины "судороги", "приступы", "эпизоды". Эпилепсия известна с древнейших времен. Эпилептические припадки отмечались у многих выдающихся людей, таких, как апостол Павел и Будда, Юлий Цезарь и Наполеон, Гендель и Данте, Ван Гог и Нобель.

Распространенность. Истинное число больных эпилепсией установить трудно, так как многие больные не знают о своем заболевании либо скрывают его. В США, согласно последним исследованиям, эпилепсией страдают не менее 4 млн. человек, а ее распространенность достигает 15-20 случаев на 1000 человек. Кроме того, примерно у 50 из 1000 детей хотя бы раз отмечался припадок при повышении температуры. В других странах эти показатели, вероятно, примерно те же, так как заболеваемость не зависит от пола, расы, социально-экономического статуса или места проживания. Радикального метода лечения эпилепсии не существует, но в настоящее время с помощью медикаментозных средств можно добиться прекращения припадков в 60-80% случаев. Заболевание редко приводит к смерти или грубому нарушению физического состояния либо умственных способностей больного.

Типы эпилепсии. Эпилепсию классифицируют по ее происхождению и типу припадков. По происхождению выделяют два основных типа: идиопатическую эпилепсию, при которой причину выявить не удается, и симптоматическую эпилепсию, связанную с определенным органическим поражением мозга. Примерно в 50-75% случаев наблюдается идиопатическая эпилепсия. Для диагностики очень важна электроэнцефалограмма (ЭЭГ), позволяющая выявить патологическую электрическую активность мозга, а также определить локализацию очага этой активности (эпилептического очага) и степень ее распространения. Однако не у всех больных ЭЭГ бывает изменена, так что нормальная ее картина не исключает эпилепсию. Важно точно установить тип припадков, поскольку от этого зависит лечение. У некоторых больных возникают припадки разных типов, что требует комбинации лекарственных средств. Каждый человек, перенесший припадок, должен обязательно обратиться к врачу.

Причины. Хотя припадки могут наблюдаться при многих заболеваниях и, таким образом, могут быть связаны с ними, истинная причина эпилепсии неизвестна. Исследования показывают, что эта болезнь возникает, когда определенная зона мозга повреждена, но окончательно не разрушена. Именно пострадавшие, но сохранившие жизнеспособность клетки служат источником патологических разрядов, а следовательно, и припадков. Иногда во время припадка возникает новое повреждение мозга, вблизи или в отдалении от прежнего. Так формируются дополнительные эпилептические очаги. До сих пор неизвестно, почему одно и то же заболевание у одного больного сопровождается припадками, а у другого - нет. Еще более загадочно то обстоятельство, что у одних людей, перенесших припадок, он в дальнейшем не повторяется, а у других возникают частые повторные припадки. Важное значение, вероятно, имеет генетическая предрасположенность, однако тип наследования четко не установлен. По-видимому, эпилепсию обуславливает комбинация наследственных и средовых факторов, в том числе перенесенных заболеваний.

ТИПЫ ПРИПАДКОВ

Большие (генерализованные) судорожные припадки. Этот тип припадков традиционно обозначают французским термином *grand mal* (что и переводится как большой припадок). Он характеризуется выраженными судорогами. Припадку обычно предшествует продромальный период (период предвестников), продолжающийся от нескольких часов до нескольких суток. В это время появляются раздражительность, повышенная возбудимость, снижение аппетита или изменения поведения. Непосредственно перед припадком у некоторых больных возникает аура - состояние-предвестник, проявления которого варьируют от повторяющихся каждый раз тошноты или подергиваний мышц до ощущения невыразимого восторга. В начале припадка человек может издавать крики или хрюкающие звуки. Он теряет сознание, падает на пол, тело напрягается. Дыхание замедляется, лицо становится серым, синюшным или бледным. Затем возникают подергивания в руках, ногах или во всем теле. Зрачки расширяются, кровяное давление повышается, лицо наливается кровью, кожа покрывается потом, изо рта выделяется слюна. Часто происходит непроизвольное выделение мочи и кала. Возможен прикус языка или щек. Затем мышцы расслабляются, дыхание становится глубоким, судороги стихают. Сознание возвращается сквозь дрему. Сонливость и спутанность сознания иногда сохраняются в течение суток. Генерализованные припадки могут проявляться по-разному: иногда наблюдается только одна из описанных фаз, иногда - другая их последовательность. Воспоминание о генерализованном припадке отсутствует, иногда больной помнит лишь ауру. Головная боль, спутанность сознания, боли во всем теле и другие симптомы могут быть связаны с падением во время припадка, сильным мышечным спазмом или ушибами из-за непроизвольных движений. Припадки обычно продолжаются от нескольких секунд до нескольких минут и проходят самопроизвольно. Фебрильные судороги обычно представляют собой разновидность генерализованного припадка и возникают у детей при высокой температуре, чаще всего в возрасте от 6 месяцев до 4 лет. У многих из этих детей имеются родственники, страдавшие в детстве такими же приступами. Поскольку в большинстве случаев наблюдаются один-два подобных эпизода, которые в дальнейшем не развиваются в истинную эпилепсию, некоторые специалисты не относят фебрильные судороги к эпилепсии.

Фокальные (частичные) припадки. В них вовлекается лишь какая-то одна часть тела; припадки могут быть моторными или сенсорными и проявляться судорогами, параличами или патологическими ощущениями. Термин "джексоновская эпилепсия" относится к припадкам, имеющим тенденцию перемещаться ("маршировать") от одной части тела к другой; иногда такой припадок генерализуется и распространяется на все тело. После судорог конечности в ней до суток может сохраняться слабость (парез). Возникновение ауры, утрата сознания и сонливость после припадка отмечаются не всегда. При этом типе припадков часто, особенно у взрослых, выявляют органическое поражение мозга, так что больным следует как можно быстрее обратиться за медицинской помощью. Психомоторные припадки характеризуются сочетанием психопатологических и двигательных проявлений. Типичное начало - продром и аура, с возникновением необычного вкуса, запаха или ощущением уже виденного (будто что-то из происходящего виделось ранее), после чего больной теряет контакт с окружающей действительностью. Во время припадка нередко наблюдаются жевание, смех или улыбка, облизывание губ, больной может брыкаться, перебирать руками одежду. Движения обычно координированные, но повторяющиеся и стереотипные; больной не воспринимает окружающих. Во многих случаях припадки проявляются лишь продолжительными периодами страха, ощущения нереальности происходящего, галлюцинаций, сноподобного состояния. Воспоминания о приступе часто отсутствуют. Психомоторные припадки чаще всего связаны с эпилептическим очагом в височной доле головного мозга.

Абсансы (малые припадки). Абсансы - особый тип припадков, обычно неизвестного происхождения. Их исторически сложившееся название "малые припадки", или *petit mal*, не охватывает все типы малых припадков. Абсансы обычно возникают в школьном возрасте и проявляются кратковременной потерей сознания. Ребенок внезапно прекращает любую деятельность, лицо застывает, как будто он заснул на ходу, взгляд становится бессмысленным, устремленным в одну точку. Отсюда и термин "абсанс": *absence* (франц.) - "отсутствие". Абсанс продолжается от 5 до 25 секунд. Сразу после припадка ребенок возвращается к прерванной деятельности, как будто ничего не случилось. Часто такие припадки остаются незамеченными, пока из-за повторяющихся приступов не возникнет заторможенность или спутанность сознания. Как правило, эта разновидность эпилепсии хорошо поддается лечению противоэпилептическими препаратами. Абсансы обычно прекращаются к 20 годам.

Малые моторные припадки. Существуют три типа подобных припадков. Акинетические припадки, или дроп-атаки (от англ. *drop* - падать), характеризуются внезапным опущением головы или падением (как будто человек вдруг "отключился" или его внезапно качнуло вперед). Миоклонические припадки сопровождаются кратковременными подергиваниями, как бывает у здоровых людей при пробуждении или засыпании. Младенческие спазмы (младенческая миоклония, или салаамовы судороги) характеризуются молниеносными приступами, возникающими в раннем детском возрасте, обычно до полутора лет. Как правило, они продолжаются несколько секунд, иногда следуют группами один за другим, часто сменяются плачем. Малые моторные припадки плохо поддаются лечению и часто связаны с резидуальным (остаточным) или прогрессирующим поражением головного мозга. Эпилептический статус - состояние, при котором припадок продолжается часами без перерыва либо приступы следуют друг за другом, а в промежутке между ними сознание полностью не восстанавливается. Хотя статус может быть связан с любым типом припадков, угроза жизни возникает лишь при генерализованных судорогах и дыхательных расстройствах. Смертность при эпилептическом статусе достигает 5-15%. Если он затягивается, более чем в 50% случаев возникает вторичное повреждение мозга, способное привести к слабоумию. Ввиду этой угрозы, больному с длительными судорогами необходима экстренная медицинская помощь.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение ведется по четырем направлениям: 1) предупреждение приступов с помощью лекарственных средств; 2) устранение факторов (ситуаций или веществ), провоцирующих припадки; 3) социальная реабилитация больного, способствующая его превращению в полноценного члена общества; 4) консультирование семьи и друзей больного с целью выработать правильное отношение к нему самому и его болезни. Иногда удается выявить конкретные причины припадков, которые можно блокировать с помощью лекарственных средств или хирургическим путем. Большинство же больных пожизненно нуждается в приеме противосудорожных (противоэпилептических) средств для профилактики припадка.

Медикаментозная терапия. Поскольку все противоэпилептические средства имеют побочное действие, врач, назначая их, должен тщательно наблюдать за больным. Нельзя прекращать прием препарата без разрешения врача. В последние годы метаболизм противоэпилептических средств и механизм их действия были подробно исследованы, что стало возможным благодаря разработке методов количественного определения концентрации препарата в крови. На основе таких определений врачи могут подобрать для каждого больного наиболее подходящую дозу, а кроме того, выявить больных, уклоняющихся от приема препаратов либо принимающих их в слишком большом количестве.

Хирургическое лечение. В редких случаях, когда припадки не удается предупредить с помощью лекарственных средств, показано нейрохирургическое вмешательство. Его также применяют при наличии аномалий, которые можно устранить, не повреждая прилегающую мозговую ткань. При неконтролируемых, угрожающих жизни припадках в крупных медицинских центрах проводят более обширные и сложные операции.

Другие виды лечения. Преимущественно детям назначают особую диету, которая эффективна при некоторых вариантах эпилепсии. Соблюдающий диету должен находиться под строгим наблюдением врача. В определенной мере эффективен также контроль за окружением больного и предупреждение эмоциональных стрессов. Другой простой способ предупреждения припадков - устранение провоцирующих факторов, таких, как переутомление, прием алкоголя или наркотических средств. Правилом для больного должно стать: "Никаких крайностей".

Реабилитация. На протяжении многих веков с эпилепсией были связаны мифы и суеверия. Больному и его семье важно понять, что он может вести нормальную жизнь без чрезмерных ограничений, получить образование, профессиональную подготовку, жениться и содержать семью. Нет нужды отрицать или скрывать свое заболевание. Трудоустройство остается серьезной проблемой, но заболевание не должно служить основанием для отказа, если работа соответствует физическим возможностям больного. Утверждение, что припадки бывают частой причиной производственных травм, не имеет достаточных оснований. Первая помощь при эпилептических припадках. Во время приступа нужно предупредить возможную травму. Не следует физически сдерживать судороги - это опасно. Больного укладывают на мягкую плоскую поверхность, а под голову подкладывают подушку или свернутое пальто. Если рот открыт, желателен вставить между зубов сложенный носовой платок или другой мягкий предмет. Это предупредит прикусывание языка, щеки или повреждение зубов. Если челюсти сомкнуты плотно, не надо пытаться силой открывать рот или вставлять между зубами какой-либо предмет. При усиленном слюноотделении голову больного поворачивают набок, чтобы слюна могла стекать через угол рта и не попадала в дыхательные пути. Необходимо внимательно наблюдать за развитием припадка, чтобы потом максимально точно описать его врачу.

У детей больных эпилепсией очень часто не удается найти никакой причины возникновения судорог, что отличает эпилепсию от эпилептического или судорожного синдрома - при котором причина судорог часто бывает известной и может быть устранена.

Многообразие проявлений эпилепсии создает значительные затруднения в постановке правильного диагноза. Часто описания судорожного припадка данные родителями бывают очень похожи на описание эпилептических припадков, однако при детальном обследовании ребенка обнаруживаются факты, которые ставят диагноз эпилепсии под большое сомнение.

Между тем постановка правильного диагноза имеет крайне важное значение для ребенка:

Если у ребенка эпилепсия – то причина болезни, скорее всего никогда не будет выявлена, и ребенок будет нуждаться в длительном лечении

Если у ребенка не эпилепсия, а судорожный синдром – то вполне вероятно, что причина появления судорог будет выявлена и после ее устранения ребенок будет совершенно здоровым и не будет больше нуждаться в каком-либо лечении.

Если у ребенка фебрильные судороги, то вполне вероятно, что вообще не нуждается в каком-либо лечении

Ярким примером неэпилептического припадка (судорог) является феномен Фебрильных судорог. Это заболевание хоть и может быть внешне очень похоже на эпилепсию, все же сильно отличается от нее в том, что касается причин возникновения, дальнейшего развития болезни и лечения.

Ввиду того, что родители детей, больных той или иной формой судорожных припадков, сталкиваются только с внешними проявлениями этой болезни и не могут знать ее причину, (то есть не могут отличить истинную эпилепсию от эпилептического синдрома), далее, в целях упрощения материала, мы будем использовать только термин «эпилепсия» для обозначения как эпилепсии, так и всех других случаев эпилептических припадков.

Особенности симптомов и признаков эпилепсии у детей

Проявления эпилепсии всегда очень пугающие, особенно для людей, столкнувшихся с ними впервые. Симптомы эпилепсии зависят от формы болезни.

Основные симптомы и признаки судорожных эпилептических припадков у детей следующие:

Конвульсии – ритмичные сокращения мышц всего тела

Потеря сознания

Временная остановка дыхания, непроизвольная потеря мочи и кала

Сильное напряжение мышц всего тела (сгибание рук в локтях, сильное выпрямление ног)

Беспорядочные движения в одной из частей тела ребенка: подергивание рук или ног, сведение или сморщивание губ, запрокидывание глаз назад и форсированный поворот головы в одну сторону.

Кроме типичных (судорожных) форм эпилепсии есть некоторые другие формы эпилепсии симптомы, которых имеют некоторые особенности и не всегда могут быть распознаны родителями:

Абсансная эпилепсия у детей

Термин абсансная эпилепсия происходит от французского слова «absence» что означает «отсутствие». Во время абсансных приступов эпилепсии ребенок не падает и не начинает биться в конвульсиях – оно только вдруг замирает и перестает реагировать на события происходящие вокруг него. Основные признаки абсансной эпилепсии это:

Внезапное прерывание деятельности ребенка (он замирает на полуслове или, не завершив начатое движение)

Пристальный или отсутствующий взгляд, сконцентрированный на одной точке

Невозможность привлечь внимание ребенка

После прекращения приступа ребенок продолжает начатое действие и ничего не помнит о случившемся приступе.

Чаще всего абсансная эпилепсия начинается в возрасте 6-7 лет. Девочки болеют абсансной эпилепсией примерно в два раза чаще мальчиков. Примерно в трети случаев у детей с абсансной эпилепсией есть больные эпилепсией родственники.

Средняя продолжительность детской абсансной эпилепсии составляет шесть с половиной лет. По мере взросления, у некоторых детей абсансы становятся реже и постепенно исчезают, в других случаях абсансы превращаются в другую форму эпилепсии.

Атонические приступы у детей

Атонические приступы совершенно не похожи на эпилептические припадки, однако и они являются формой эпилепсии. Атонические припадки характеризуются резкой потерей сознания и сильным расслаблением всех мышц ребенка. Дети с такими приступами могут внезапно падать, ударяться и при этом кажутся чрезвычайно вялыми и слабыми. Очень часто атонические приступы бывают совершенно неотличимы от обмороков, поэтому всех детей перенесших несколько эпизодов обморока следует показать врачу.

Детский спазм

Детский спазм – это особенная форма эпилепсии, при которой наблюдается непроизвольное и внезапное приведение рук к груди, наклон головы или всего туловища вперед и выпрямление ног. Часто приступы детского спазма случаются утром, сразу после пробуждения ребенка.

Приступы детского спазма могут длиться всего несколько секунд и захватывать только небольшую часть мышц шеи (при этом ребенок будет периодически бессознательно кивать головой). Чаще всего детским спазмом болеют дети в возрасте от 2 до 3 лет. К 5-ти летнему возрасту детский спазм может бесследно исчезнуть или превратиться в другую форму эпилепсии.

Ребенка с подозрением на детский спазм следует как можно скорее показать врачу. Детский спазм может быть составной частью некоторых тяжелых болезней нервной системы, которые быстро приводят к снижению интеллекта и инвалидности ребенка.

В лечении детского спазма используются вальпроат натрия, клоназепам, топирамат и пр.

Первая помощь при эпилептическом припадке у ребенка

Реальную опасность для ребенка представляют не короткие эпилептические припадки, а потеря сознания и падение ребенка во время припадка.

В связи с этим, родители или люди, заботящиеся о детях больных эпилепсией должны уметь оказать им первую помощь во время припадка.

Первая помощь во время эпилептического припадка у ребенка заключается в следующем:

Заметив у ребенка судороги, положите его на широкую кровать или на пол, вдали от острых предметов, выступов мебели о которые ребенок мог бы удариться

Переверните ребенка на бок – это поможет защитить его от удушья

Нельзя ничего класть в рот ребенка или пытаться пальцем удерживать его язык

В большинстве случаев судороги длятся от нескольких секунд до 2-3 минут.

После прекращения судорог:

Проверьте, дышит ли ребенок. Если дыхания нет – начните делать искусственное дыхание «рот в рот». Во время судорог проводить искусственное дыхание нельзя.

Оставайтесь с ребенком до тех пор, пока он полностью не придет в себя.

Не давайте ребенку пить, есть ли лекарства до тех пор, пока он полностью не придет в себя

Если у ребенка температура – поставьте ему ректальную свечу с парацетамолом.

Когда вызвать скорую?

Скорую помощь следует вызвать если:

судороги у ребенка случились в первый раз

судороги длились более 5 минут или повторились снова в течение короткого времени

во время судорог ребенок поранился

после судорог ребенок тяжело и неровно дышит

Все дети, у которых эпилептические припадки (судороги) случились в первый раз, должны быть срочно доставлены в больницу для обследования. В случае если судороги повторились у ребенка, который уже принимает противосудорожное лечение, родителям ребенка следует снова показать его невропатологу и проконсультироваться относительно изменения лечения.

Далеко не все дети, у которых были один или несколько эпизодов судорог или эпилептических припадков нуждаются в лечении

Во многих случаях лечение может быть прекращено по причине хорошего состояния ребенка и устранения риска новых припадков

Существует большое количество противосудорожных лекарств. В каждом случае лечение эпилепсии подбирается индивидуально в зависимости от типа эпилепсии. Некоторые противоэпилептические лекарства хорошо помогают при одной форме эпилепсии и совершенно бесполезны при другой.

Большинство детей с эпилепсией нуждаются в лечении только одним противоэпилептическим лекарством

В более чем 80% случаев прием лекарств полностью устраняет судороги

Многие противоэпилептические лекарства могут вызывать сонливость, снижение внимания, успеваемости в школе

Ни в коем случае не допускается резкое прекращение лечения или изменение дозировки лекарств без ведома врача – это может привести к усилению побочных эффектов лечения или вызвать новые судороги

Очень важно соблюдать программу лечения, установленную врачом. Родители должны знать, что нужно сделать, если ребенок не принял одну дозу лекарства

Нужно стараться приучить ребенка самостоятельно принимать лекарства, но никогда нельзя оставлять это полностью под его ответственностью.

ЛЕКЦИЯ № 10

ШИЗОФРЕНИЯ

Шизофрения – (от греч. – расщепляю, раскладываю, душа, ум, рассудок) – психическое заболевание, протекающее хронически в виде приступов или непрерывно и приводящие к характерным изменениям личности. Болезнь возникает у людей преимущественно молодого возраста, в 18-35 лет.

Крепелин положил начало изучению нозологии шизофрении, а название этого заболевания, предложенное Е. Блейлером, сохранилось до настоящего времени.

Симптоматика

Клинические проявления шизофрении весьма разнообразны. При этом заболевании могут наблюдаться почти все существующие психопатологические симптомы и синдромы. Но как бы ни была сложна и полиморфна симптоматика шизофрении, в ее клинической картине можно выделить типичные признаки.

Главными симптомами шизофрении являются: расщепление психической деятельности, эмоционально-волевое оскудение личности, прогрессивность течения.

Расщепление психической деятельности, по Е. Блейлеру, является основным признаком данного заболевания. У больных постепенно развивается утрата контакта с реальной действительностью. Появляется отгороженность от внешнего мира, уход в себя, в мир собственных болезненных переживаний. Это состояние носит название *аутизм*. Аутизм проявляется в виде склонности к уединению, замкнутости, недоступности контакту. Мышление больного при этом основывается на извращенном отражении в сознании окружающей действительности.

По мере течения процесса больной утрачивает единство психической деятельности. Наступает внутренняя разлаженность ее. Ярким примером может служить глубокая разорванность мышления в виде «словесной крошки», *шизофазии*. Признаки расщепления психических функций, неадекватности эмоциональных реакций при длительном течении заболевания преобразуются в стойкое эмоциональное опустошение, эмоциональную тупость, безволие.

Характерно также *символическое мышление* (символика), когда больной отдельные предметы, явления объясняет по-своему, только для него значимому смыслу. Например, буква «в»

в кавычках означает для него весь мир; рисунок в виде кольца с головой человека он воспринимает как символ своей безопасности; косточку от вишни расценивает как свое одиночество; непогашенный окурок — как догорающую жизнь.

В связи с нарушением внутреннего (дифференцированного) торможения у больного возникает *агглютинация (склеивание) понятий*. Он теряет способность разграничивать, дифференцировать, одно понятие, представление от другого.

В результате в его речи появляются новые понятия и слова — неологизмы, например, понятие «гордестол» объединяет слова гардероб и стол; «ракосвязка» — рак исвязка, «трампар» — трамвай и паровоз и т. д.

Во время беседы, при анализе писем, сочинений больных шизофренией можно в ряде случаев выявить у них склонность к резонерствующим рассуждениям. *Резонерство* — пустое мудрствование, встречается довольно часто в клинике шизофрении. Например, бесплодные рассуждения больного о конструкции кабинетного стола, о целесообразности четырех ножек у стульев и пр.

Эмоционально-волево-оскудение развивается через определенное время после начала процесса и бывает четко выражено при манифестации болезненных симптомов. Этот признак характеризуется эмоциональной тупостью, аффективным безразличием ко всему окружающему и особенно эмоциональной холодностью к близким, родственникам. Он проявляется вначале в виде *диссоциации чувственной сферы* больного. Например, больной может смеяться при печальных событиях и плакать при радостных, или равнодушно рассказывать, как во время похорон хотел облить керосином свою мать и сжечь. Другой больной проявлял злобность, агрессивность по отношению к больному отцу и сестре, в то время как сломанная ветка, замерзшая птица, вызывали у него эмоциональную реакцию сочувствия.

Эмоционально-волево-оскудение сопровождается безволием — *абулией*. Больных ничто не волнует, не интересует, у них отсутствуют реальные планы на будущее или же они говорят о них крайне неохотно, односложно, без стремления осуществить их. События окружающей действительности почти не привлекают их внимания. Они целыми днями безучастно лежат в постели, ничем не занимаясь.

Эмоциональные и волевые нарушения обычно взаимосвязаны в клинической картине шизофрении и сопутствуют друг другу. Кроме них, при шизофрении довольно часто встречаются два сходных симптома — амбивалентность и амбигуальность, а также негативизм.

Амбивалентность — двойственность представлений, чувств, существующих одновременно и противоположно направленных.

Амбигуальность — аналогичное расстройство, проявляющееся в двойственности стремлений, побуждений, действий, тенденций больного. Например, больной заявляет, что он одновременно любит и ненавидит, считает себя больным и здоровым, что он бог и черт, царь и революционер и т. д.

Негативизм — стремление больного совершать действие, противоположное предлагаемому. Например, когда больному протягивают руку для рукопожатия, он прячет свою и, наоборот, если руку убирает подающий, то больной протягивает свою. В основе негативизма лежат механизмы ультрапарадоксальной фазы, возникающие в различных сферах психической деятельности больного.

Прогрессиентность течения шизофрении характеризуется постепенным усложнением симптоматики заболевания, развивающегося непрерывно или приступообразно. Постепенно нарастают негативные признаки болезни и позитивная симптоматика. Последняя проявляется в виде различных синдромов, клиническая характеристика которых зависит от формы и стадии развития процесса.

Синдромология

Для шизофрении характерен ряд синдромов, отражающих степень прогрессиентности и этапы развития процесса.

Все варианты шизофрении начинаются с *астенического симптомокомплекса*, проявляющегося в виде гипо- или гиперестезии. Этот симптомокомплекс особенно долго длится при; медленном, вялом течении заболевания. Больные жалуются на повышенную утомляемость, раздражительность, головные боли, на расстройство сна, рассеянность.

Вслед за астеническими нарушениями развиваются *аффективные синдромы*. Они включают в себя гипоманиакальные и субдепрессивные проявления, которые могут быть с бредовыми идеями или без них. Больные становятся тоскливыми, заторможенными, высказывают идеи самообвинения или, наоборот, обнаруживают немотивированно повышенное настроение.

Далее присоединяется *неврозоподобный синдром*. Он проявляется навязчивыми состояниями (навязчивые страхи, мысли, влечения), сенестопатиями и ипохондрическими высказываниями больного.

По мере прогрессивности процесса обнаруживаются следующие бредовые синдромы.

Паранойальный синдром включает систематизированные бредовые идеи преследования, отравления, ревности и др.

Галлюциноз — наплыв слуховых вербальных галлюцинаций. Галлюциноз свидетельствует о более тяжелом течении процесса. Он может быть истинным и ложным. В первом случае больной воспринимает голоса из окружающей среды, внешнего мира. При псевдогаллюципозе голоса слышатся внутри головы или собственного тела.

Параноидный синдром состоит из несистематизированных бредовых идей, слуховых, вкусовых и обонятельных галлюцинаций, деперсонализационных расстройств, часто включает синдром Кандинского — Клерамбо.

Парафренный синдром представляет собой сочетание симптоматики предыдущих синдромов, однако в данном случае на первый план выступает нелепый бред величия, конфабуляторный бред.

Кататонический синдром — один из наиболее тяжелых симптомокомплексов, встречающихся при шизофрении. Он проявляется в виде кататонического ступора или возбуждения с негативизмом, стереотипией движений, симптомами «эхо» и др. Особенно резистентна к терапии так называемая вторичная кататония, развивающаяся обычно в конце болезненного процесса.

В случае неблагоприятного течения шизофрении обнаруживается *терминальное (конечное) состояние* больных. При этом вся симптоматика вышеназванных синдромов нивелируется, теряет свою актуализацию и на первый план выступает шизофреническое слабоумие с глубокой интеллектуальной деградацией и эмоционально-волевым оскудением личности.

Необходимо отметить, что синдромы, систематизированные во приведенной выше «шкале тяжести», не сменяют друг друга, а видоизменяются: симптомы предыдущего синдрома не исчезают, а включаются в клиническую картину последующего.

Формы

Различают пять основных «классических» форм шизофрении: простую, гебефреническую, параноидную, кататоническую и циркулярную.

Простая шизофрения обычно развивается медленно, в юношеском возрасте. При пей на первый план выступают негативные расстройства. Появляется эмоциональное обеднение, апатия, трудность усвоения вновь поступающей информации. Больные утрачивают интерес к занятиям, работе, стремятся к уединению, длительно не встают с постели, к родным и близким эмоционально холодны, жалуются на потерю мыслей, на «пустоту в голове». Критическое отношение к своему состоянию у больных отсутствует.

Бредовые идеи и галлюцинации не характерны для простой формы шизофрении; если они и появляются, то лишь эпизодически и в рудиментарной форме (нестойкие идеи отношения, преследования, слуховые галлюцинации в виде окликов по имени я др.).

Простая форма шизофрении протекает обычно злокачественно; в отдельных случаях наблюдается течение с медленным развитием изменений личности по шизофреническому типу.

Гебефреническая шизофрения по своему развитию похожа на простую. Она также характерна для юношеского возраста и начинается с эмоционально-волевого уплощения личности, с появления интеллектуальных нарушений. Однако при данной форме заболевания наряду с негативными расстройствами выступает гебефренический синдром, для которого присуща дурашливость, вычурность поведения, суетливость, стереотипность движений на фоне необоснованно повышенного настроения. Больные кувыркаются, прыгают, хлопают в ладони, гримасничают. Речь их обычно носит разорванный характер. Кроме того, наблюдаются резко отрывочные бредовые идеи и галлюцинации с явлениями психического автоматизма.

Эта форма шизофрении имеет крайне неблагоприятный прогноз, отличается злокачественностью течения и быстрым развитием глубокого слабоумия.

Параноидная шизофрения развивается обычно в зрелом возрасте, чаще в 30—40 лет. Ведущим здесь является параноидный синдром с наличием бредовых идей отношения, преследования, отравления, физического воздействия. Бредовые высказывания сопровождаются галлюцинаторными расстройствами. Поведение больных отражает бредовые и галлюцинаторные переживания.

При параноидной форме шизофрении часто встречаются синдром Кандинского — Клерамбо, а также деперсонализационные нарушения. Все виды бреда и галлюцинаций с течением заболевания постепенно тускнеют, теряют свою актуальность и на первый план выступают симптомы апатического слабоумия.

В *кататонической шизофрении* превалирует симптоматика кататонического синдрома с симптомами «капюшона», «восковой гибкости», «воздушной подушки» Дюпре, с гипертонией мышц. Помимо этого, наблюдаются также бредовые идеи, галлюцинаторные расстройства, а также эмоционально-волевое изменение личности по шизофреническому типу. Возникает кататоническая форма шизофрении в 22—30 лет, реже — в пубертатном возрасте. Больные сутками, иногда месяцами лежат на койке, ни с кем не общаясь, не разговаривая. Крайне негативистичны, манерны; выражение лица застывшее. Известны случаи, когда больные кататонической формой шизофрении, годами лежавшие обездвижено, при появлении опасности (пожар, наводнение) быстро вскакивали и спасались бегством. Это указывает на то, что обездвиженность больного носит функциональный характер.

Циркулярная шизофрения чаще развивается у людей среднего возраста. Клиническая картина ее состоит из периодически возникающих то маниакальных, то депрессивных фаз с включением галлюцинаторных и галлюцинаторно-бредовых расстройств, а также синдрома Кандинского — Клерамбо. Отмечается недостаточная эмоциональная насыщенность маниакальных и депрессивных приступов. Заболевание протекает относительно благоприятно.

Типы течения

Классические формы шизофрении, как уже указывалось, впервые описал Крепелин. Он обосновал нозологическую самостоятельность шизофрении. И это был значительный шаг вперед в изучении одного из сложных психических заболеваний. Но как только началось исследование стереотипа развития шизофрении, ее течения, оказалось, что выделения пяти классических форм заболевания недостаточно. Дело в том, что клиника шизофрении характеризуется не только двумя-тремя синдромами, но и различными видами сочетаний их — кататонического с гебефреническим, неврозоподобного с психопатоподобными и т. д. Следовательно, можно выделить столько форм шизофрении, сколько синдромов и смежных с ними вариантов. Следует сказать, что и сам принцип ведущего синдрома при выделении формы заболевания не всегда в достаточной степени отражает его клинику, поскольку симптоматика шизофрении постоянно изменяется. Однообразная картина может наблюдаться лишь при стабилизации процесса. Вот почему без определения типов течения шизофрении мы не можем правильно поставить диагноз, определить прогноз заболевания и решить вопросы реабилитационных и реадaptационных мероприятий.

Непрерывнотекущая шизофрения характеризуется отсутствием спонтанных ремиссий. Болезнь обнаруживает большой полиморфизм симптоматики. Этот тип течения является центральным звеном шизофрении, по одну сторону которого находятся трудные в диагностическом отношении вялотекущие формы, по другую — ядерная, юношеская, шизофрения (злокачественное слабоумие). Шизофрения, занимающая промежуточное положение между этими двумя формами, по своему течению имеет среднюю прогрессивность (параноидная шизофрения).

Вялотекущая шизофрения возникает обычно в 16—18 лет, иногда даже в детском возрасте. Чем позже начинается процесс, тем мягче он протекает. Симптоматика при вялотекущей шизофрении обычно ограничивается кругом малых синдромов: *неврозоподобных, истероформных, психопатоподобных, паранойяльных* со сверхценными образованиями и бредовыми идеями отношения. Течение этого варианта различное, однако чаще всего неравномерное. Вначале происходит быстрое развитие симптоматики, а затем медленное течение процесса с подъемами и спадами психических расстройств. Начальные стадии вялотекущей шизофрении малозаметны, поэтому больные оказываются под наблюдением врача лишь при манифестации процесса. Течение вялотекущих форм, хотя и медленное, но все-таки неблагоприятное, так как симптоматика их малообратима.

Вялотекущая шизофрения почти постоянно сопровождается медленным падением психической продуктивности, эмоциональными изменениями (лабильность, парадоксальность, огрубение), повышенным интересом больных к отвлеченным, абстрактным, проблемам. Интересующие их занятия приобретают характер сверхценности. Они часами могут «по-своему» исписывать массу бумаги, чертить. Вносят разнообразные конструкторские предложения, изучают множество литературы нередко философского характера (философическая интоксикация). Больные уверены, что обладают особым познанием жизни. Внешний облик их своеобразен: они лохматы, небриты, неряшливы, подражают лицам с асоциальным поведением. Родные и близкие для них не авторитетны, к ним они относятся холодно и даже жестоко.

Средний (параноидный) тип прогрессивности течения начинается обычно вяло, с неврозоподобных расстройств, в возрасте 20—40 лет. Иногда наблюдается более раннее развитие, в юношеском возрасте. Протекает параноидная шизофрения в этом случае более злокачественно.

Уже в самом начале болезни появляются черты личности, которые бросаются в глаза окружающим: замкнутость, эмоциональная неадекватность, ограничение круга интересов. Эпизодически отмечаются тревога, беспокойство, чувство неудовлетворенности.

В дальнейшем развивается *паранойяльный* синдром, и с этого момента в манифестации болезни преобладают бредовые идеи (преследования, физического воздействия, ревности и др.).

В случае неблагоприятного течения паранойяльный синдром переходит в *параноидный*. При этом наблюдается расширение бредовых идей, их десистематизация, появление злобно-напряженного аффекта, слуховых и обонятельных галлюцинаций. Выражены также псевдогаллюцинации и явления психического автоматизма, парадоксальность эмоций, деперсонализация. Болезненные расстройства отрицательно влияют на поведение больного, в связи с чем становится невозможной их профессиональная деятельность.

По мере развития заболевания возникает *парафренный* синдром с фантастическими бредовыми идеями преследования, воздействия, величия. Речь становится разорванной, с неологизмами и признаками автоматизма.

Прогрессирование болезни сопровождается присоединением кататонических расстройств («вторичная» кататония) в виде ступора, негативизма, симптомов «эха». Больные не заботятся о себе, крайне неряшливы, прожорливы, с глубоким эмоциональным опустошением.

Злокачественная (юношеская) шизофрения возникает в юношеском, реже в детском возрасте; значительно чаще у юношей, чем у девушек.

Заболевание начинается с *негативных расстройств*: утрачивается живость интересов, оскудевает эмоциональная сфера, проявляется замкнутость. Больные обнаруживают немотивированные, вычурные увлечения философией, религией.

С развитием заболевания появляется *полиморфная продуктивная симптоматика*: резко отрывочные бредовые идеи различного содержания, кататонные и гебефренические расстройства, явления синдрома Кандинского — Клерамбо, нарушение схемы тела и т. д.

Через 2—5 лет развивается *глубокий дефект личности, эмоциональная тупость, абулия*.

Симптоматика при злокачественной шизофрении отличается очень высокой резистентностью к терапии.

Приступообразно-прогредиентная (шубообразная) шизофрения протекает в виде приступов с последующими ремиссиями. Но обратное развитие приступа не оканчивается полным восстановлением психического здоровья; остаются навязчивые, ипохондрические и паранойяльные расстройства. От приступа к приступу у больного все больше обнаруживается уплощение эмоционально-волевой сферы. Приступы болезни эмоционально сокращены, бредовые идеи не систематизированы.

Шубообразная шизофрения характеризуется возникновением *острого параноидного синдрома*, который в дальнейшем переходит в массивный, тотальный *синдром Кандинского — Клерамбо*. Интенсивность последнего нарастает по мере увеличения числа приступов. Могут также наблюдаться приступы *депрессий с ипохондрией, бредом преследования и стойким истинным галлюцинозом и люцидной кататонией*.

На ранних этапах развития приступообразно-прогредиентной шизофрении у больных полностью восстанавливается критика к перенесенным болезненным переживаниям, наступают глубокие ремиссии.

При длительном прогрессирующем течении приступы все более удлиняются, затягиваются, ремиссии становятся неполными, без критической оценки больными своего состояния. В ряде случаев шубообразная шизофрения может перейти в непрерывное течение.

При периодической (рекуррентной) шизофрении особенно четко выявляется тенденция к фазному течению. Ремиссии всегда глубокие, сопровождаются почти полным обратным развитием продуктивной психотической симптоматики. Даже после большого числа приступов в период ремиссии у больного наблюдается полное критическое отношение к своим прежним болезненным переживаниям. Заслуживает внимания контраст между бурной клинической картиной приступа и глубокой ремиссией. Сам приступ периодической шизофрении почти никогда не бывает первым проявлением болезни. Развитию его обычно предшествуют эмоциональные колебания с раздражительностью, повышение или понижение активности в течение нескольких лет. В этот период больные очень чувствительны к экзогенным факторам: инфекционным и тяжелым соматическим заболеваниям, к психотравмирующим ситуациям.

Психопатологическая симптоматика приступов разнообразна, но всегда с выраженным аффективным компонентом. Характерна *онейроидно-кататоническая* картина с расстройством сознания по онейроидному типу, фантастическим бредом и кататоническим возбуждением.

Встречается также *циркулярный вариант* периодической шизофрении с чередующимися фазами депрессии или маниакальных состояний, на высоте развития которых включаются бредовые идеи преследования, воздействия, отравления с признаками психического автоматизма.

Кроме того, наблюдается *депрессивно-параноидный вариант*, характеризующийся выраженным депрессивным состоянием с бредовым восприятием окружающего (бред физического воздействия, преследования, самоуничтожения). При этом отмечаются также отдельные кататонические расстройства, галлюцинации, явления автоматизма. В тяжелых случаях развивается синдром Котара, деперсонализация.

Сравнительно редко встречается *фебрильная (гипертоксическая) кататония*. Приступ сопровождается повышением температуры, аментивным расстройством сознания, нарушением обмена веществ, ломкостью сосудов. Нередко развивается тяжелый отек и набухание мозга. При этом возможен летальный исход. В случае выздоровления наблюдается глубокая ремиссия.

Помимо вышеприведенных вариантов периодической шизофрении, протекающих с выраженной развернутой симптоматикой, можно наблюдать более легкое течение ее с кратковременными преходящими расстройствами. Клиническая картина их также включает

аффективные нарушения с нестойкими бредовыми идеями, онейроидно-кататоническую симптоматику, но длятся эти приступы всего несколько дней.

Качество ремиссий при периодической шизофрении зависит от частоты приступов и возраста больных. После повторных манифестаций в период ремиссии можно заметить появление в характере больных черт, которые раньше не обнаруживались: снижение активности, интересов, повышенная ранимость, чувствительность, ослабление контактов с окружающим. Эта симптоматика вкладывается в понятие «психической слабости», относящееся к широкому кругу астенических изменений личности. Например, взрослая дочь на прием к врачу приходит с матерью, не проявляет большого интереса к кино, театру, к новым знакомствам и т. д. У таких больных появляется хрупкость психики, подчиняемость. После перенесенных приступов они становятся зависимыми, эмоционально нивелированными при сохранности интеллектуально-мнестических функций.

Следует сказать, что между описанными вариантами течения шизофрении существует множество переходных форм и для правильного определения типа течения крайне внимательный, детальный подход к изучению особенностей процесса у каждого больного.

Этиология и патогенез

Как известно, еще И. П. Павлов дал стройную научно обоснованную гипотезу патогенеза шизофрении. Он считал, что для шизофренического процесса характерна слабость нервных клеток коры больших полушарий, которая может быть как приобретенной, так и наследственной, врожденной. Для ослабленных патологическим процессом нейронов поступающие из окружающей среды раздражители оказываются сверхсильными, и в результате в коре больших полушарий развивается запредельное охранительное торможение, названное И. П. Павловым *хроническим гипнотическим состоянием*. Оно проявляется в различных фазах довольно длительное время. И. П. Павлов выделял четыре основные фазы торможения: *уравнительную* (самая неглубокая фаза, при которой и слабые, и сильные раздражители вызывают одинаковую ответную реакцию); *парадоксальную* (сильные раздражители вызывают незначительную или вовсе нулевую реакцию, а слабые дают больший эффект по сравнению с нормой); *ультрапарадоксальную* (в основе лежат явления запредельного торможения и извращенных индукционных отношений, при которых все тормозные раздражители вызывают положительный эффект, а положительные сигналы становятся тормозными); *наркотическую* (эффект снижен как на сильные, так и на слабые раздражители).

Чаще проявляются парадоксальная и ультрапарадоксальная фазы. С их помощью картина заболевания может быть объяснена психопатологически. Например, больной, находящийся в кататоническом ступоре, в тишине, без посторонних раздражителей, отвечает на вопросы, заданные шепотной речью, и молчит, если спрашивать его громким голосом; больной проявляет бурную эмоциональную реакцию, когда ему запрещают курить в палате, и остается равнодушным при сообщении о смерти близкого родственника.

Многие психопатологические симптомы можно объяснить и с точки зрения развития ультрапарадоксальной фазы. Так, в основе негативизма, амбивалентности и амбитендентности лежат механизмы ультрапарадоксальной фазы. Они свойственны и безусловно-рефлекторной деятельности больных шизофренией. Например, холод вызывает у них расширение сосудов, а тепло — сужение; сладости вместо приятного ощущения — отрицательную реакцию; хинин же, наоборот, не вызывает обычную реакцию отвращения. Аналогичные явления наблюдаются также при раздражении рецепторов обоняния. Извращенно реагируют больные и на болевые раздражители.

И. П. Павлов считал, что существующее при шизофрении хроническое гипнотическое состояние играет охранительную, целебную, роль и его следует усиливать с помощью различных терапевтических приемов для быстрейшего выздоровления больного.

Однако в начале 60-х годов Н. Б. Виноградов, Н. П. Татарепко и другие ученые, развивая учение И. П. Павлова, пришли к заключению, что охранительное торможение выполняет целебную роль лишь в первые годы заболевания. В дальнейшем же по мере развития процесса наступает инертность, застойность торможения и роль его становится скорее патологической, чем

защитной. Значит, устранение застойного торможения у длительно страдающих шизофренией должно способствовать улучшению их состояния. Действительно, применение электросудорожной терапии, снимающей застойное торможение, а также психотропных средств, обладающих как аитипсихотическим, так и активирующим эффектом, улучшает психическое состояние больных хронической шизофренией.

Существенное значение для понимания патогенеза шизофренического процесса имеет гипотеза А. М. Иваницкого (1976) о нарушении информационных процессов головного мозга.

Согласно современным представлениям, поступающую информацию мозг человека воспринимает в основном двумя путями — *специфическим* и *неспецифическим*. Установлено, что специфическая система отражает информацию о физических параметрах поступающих сигналов (вес, цвет, величина, форма и т. д.). Деятельность же неспецифической системы преимущественно связана с биологическим, личностным значением для организма того или иного сигнала.

У больных шизофренией в первую очередь угнетена работа неспецифической системы, в связи с чем у них теряется возможность оценки биологической значимости поступающих раздражений.

На ранних этапах развития шизофрении специфическая система преобладает над неспецифической и больные относительно облегченно воспринимают сигналы о физических параметрах окружающей действительности. По мере утяжеления процесса наступает блокада обоих каналов связи и деятельность специфической и неспецифической систем угнетается.

Гипотеза о нарушении информационных процессов у больных шизофренией находит свое подтверждение в клинике этого заболевания, а также при проведении психологических исследований. У больных шизофренией в процессе развития эмоционального опустошения возникает диссоциация между сферой мышления и аффективными реакциями. У них отсутствует эмоциональный фон мыслительных процессов, что может быть связано с блокадой поступления информации по неспецифической системе. Преобладание специфической информации и угнетение неспецифической проявляется у больных шизофренией в болезненной оценке поступающей информации. Так, при демонстрации больному мишени он говорит: «Вижу большой круг, внутри несколько меньших, посреди точка». А вот высказывание другого больного: «Когда я читаю, то читаю не только слова, читаю все — даже точки и запятые». Рассматривая картины, больные шизофренией объясняют их конкретным образом, не понимая основного смысла.

Разорванность мышления (шизофазия) у больных шизофренией — не что иное, как набор физических знаков (слов, букв) с потерей логической значимости их.

Этиология шизофренического процесса окончательно не выяснена. Существует несколько гипотез ее. В частности, предполагается, что многие случаи заболевания шизофренией имеют генетическую обусловленность. Установлено, что в семьях больных шизофренией психопатологические расстройства встречаются значительно чаще и чем ближе родственная связь, тем больше вероятность заболеть шизофренией. Наиболее высок риск заболеваемости для детей, родители которых больны шизофренией, несколько меньше он для братьев и сестер больных. Однако статистические данные показывают, что двоюродные братья и сестры больных все же заболевают чаще, чем люди, не связанные с ними родственными узами.

Показательны результаты и так называемого близнецового метода. Если в семье один из двуйцовых близнецов заболел шизофренией, то вероятность возникновения ее у второго составляет 17 %. У однойцовых же близнецов в случае заболевания одного из них вероятность развития процесса у второго достигает 85—90 %.

Предполагается, что шизофрения может передаваться по наследству непосредственно через генетический аппарат в «готовом» виде. Возможно также наследование измененной реактивности нервной системы, приводящее при разных экзогенных к возникновению болезни.

4. Практический раздел электронного учебно-методического комплекса «Детская психиатрия»

4.1. Практические занятия

ЗАНЯТИЕ № 1

ТЕМА: Семиотика психических и поведенческих расстройств у детей и подростков

Продолжительность практического занятия - 2 академических часа.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: изучить симптоматику психических заболеваний у детей и подростков, сформировать понимание основных симптомов и синдромов, раскрыть принципы диагностики.

МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ: психологические исследования.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ:

Для работы необходимы: раздаточный материал (ситуационные задачи), записи и рисунки психических больных

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ ПО СОДЕРЖАНИЮ ЗАНЯТИЯ:

Расстройства ощущений у детей и подростков: гипер-, гипо- и анестезии, парестезии, сенестопатии. Расстройства восприятия. Иллюзии: физиологические, физические, психические. Иллюзорные расстройства. Галлюцинации: простые и сложные; зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые и тактильные. Рефлекторные галлюцинации. Истинные галлюцинации и псевдогаллюцинации. Галлюцинаторный синдром. Психосенсорные расстройства: деперсонализация, симптом двойника, дереализация. Особенности психосенсорных расстройств у детей. Особенности нарушения ощущений и восприятия у взрослых и детей при нейроинфекциях, соматических заболеваниях и психических расстройствах. Аффективные расстройства. Расстройства мышления. Расстройства памяти. Нарушения интеллекта. Расстройства сознания. Другие синдромы, характерные для детского возраста. Психопатологические синдромы, типичные для подросткового возраста.

ВОПРОСЫ ДЛЯ АУДИТОРНОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

1. Психомоторные расстройства.
2. Расстройства ощущений и восприятий.
3. Аффективные расстройства.
4. Расстройства мышления.
5. Расстройства памяти. Нарушения интеллекта.
6. Расстройства сознания.
7. Другие синдромы, характерные для детского возраста.
8. Психопатологические синдромы, типичные для подросткового возраста.

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА

Решение ситуационных задач по теме (раздаточный материал)

ЛИТЕРАТУРА:

Основные учебные пособия:

1. Лекционный материал.
2. Клиническая психиатрия. Детский возраст: учеб. Пособие / под ред. Е.И. Скугаревской. – Мн.: Выш.шк., 2006. – С. 79-100.
3. Общая психопатология / В.В. Мариллов. – Москва, 2007. – С. 23-29.
4. Психиатрия и наркология / под общ. ред. А.А. Кирпиченко. – Минск: Вышэйшая школа, 2005. – С. 26-34, 131-136.

Дополнительные учебные пособия:

1. Все виды отклонений в человеческой психике / В.В. Маршак. - Ростов н/Д.: Феникс, 2006. – С. 23-33.
2. Психиатрия с элементами психотерапии / пер. с нем. Г.А. Обухова. - Мн.: Интерпрессервис, 2002. С. 40-48.
3. Рустанович А.В., Шамрей В.К. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах и рисунках. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2006. – С. 17, 47-48, 64-65.

ЗАНЯТИЕ № 2

ТЕМА: Специфические расстройства развития речи и школьных навыков

Продолжительность практического занятия - 2 академических часа.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: изучить специфические расстройства развития речи и школьных навыков у детей и подростков, научиться распознавать расстройства специфические расстройства развития речи и школьных навыков при различных психических заболеваниях, освоить методы коррекционной работы при различных расстройствах речи у детей и подростков.

МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ: семинарское занятие.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ:

Для работы необходимы: раздаточный материал.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ ПО СОДЕРЖАНИЮ ЗАНЯТИЯ:

Современные представления о речевых расстройствах. Нарушения звукопроизносительной стороны речи. Недоразвитие и временная задержка развития речи. Расстройства речи вследствие глухоты и тугоухости. Этиопатогенез глухоты. Психозы у глухих. Основные направления лечебно-педагогической работы при психических нарушениях у глухих детей. Заикание. Специфические расстройства развития школьных навыков (чтения, спеллингования). Реабилитационная работа с детьми, страдающими речевой патологией. Специфическое расстройство счета. Психические нарушения при дефектах зрения.

ВОПРОСЫ ДЛЯ АУДИТОРНОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

1. Современные представления о речевых расстройствах.
2. Нарушения звукопроизносительной стороны речи.
3. Недоразвитие и временная задержка развития речи.
4. Расстройства речи вследствие глухоты и тугоухости.
5. Заикание.

6. Специфические расстройства развития школьных навыков (чтения, спеллингования). Специфическое расстройство счета.
7. Реабилитационная работа с детьми, страдающими речевой патологией.
8. Психические нарушения при дефектах зрения.

РЕФЕРАТЫ

1. Эволюция человека и развитие речи.
2. Этапы развития речи ребенка в онтогенезе.
3. Речевые нарушения при шизофрении, раннем детском аутизме, синдроме Дауна

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА.

Коррекционная работа с детьми, имеющими расстройство речи и школьных навыков

ЛИТЕРАТУРА:

Основные учебные пособия:

1. Лекционный материал.
2. Клиническая психиатрия. Детский возраст: учеб. Пособие / под ред. Е.И. Скугаревской. – Мн.: Выш.шк., 2006. – С. 274-293.
3. Общая психопатология / В.В. Мариллов. – Москва, 2007.
4. Психиатрия и наркология / под общ. ред. А.А. Кирпиченко. – Минск: Вышэйшая школа, 2005.

Дополнительные учебные пособия:

1. Психиатрия с элементами психотерапии / пер. с нем. Г.А. Обухова. - Мн.: Интерпрессервис, 2002. С. 40-48.
2. Лохов М.И. Заикание: неврология или логопедия? / М.И. Лохов. – 2005.
3. Лаптева Р.И. Нарушение чтения и пути их коррекции у младших школьников / Р.И. Лаптева. – СПб.: Союз. – 2001. – 250 с.

ЗАНЯТИЕ № 3

ТЕМА: Аффективные расстройства (расстройства настроения) у детей и подростков

Продолжительность практического занятия - 2 академических часа.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: изучить расстройства эмоциональной сферы у детей и подростков, научиться распознавать расстройства эмоциональной сферы при различных психических заболеваниях.

Ознакомится с основными методиками исследования эмоциональной сферы у детей и подростков.

МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ: семинарское занятие, психологическое исследование.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ:

Для работы необходимы: раздаточный материал, практикум.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ ПО СОДЕРЖАНИЮ ЗАНЯТИЯ:

Нарушения эмоционального состояния: эйфория, депрессия, дисфория, эмоциональная тупость, эмоциональная лабильность, физиологический и патологический аффекты, апатия, слабодушие, тревоги и страхи, неадекватность, амбивалентность. Навязчивые страхи (фобии). Характерные особенности эмоциональных расстройств у детей при различных заболеваниях.

ВОПРОСЫ ДЛЯ АУДИТОРНОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

1. Общая характеристика эмоций.
2. Виды нарушений эмоций: апатия, эйфория, депрессия, дисфория, неадекватность, лабильность, недержание эмоций, эмоциональная тупость, патологический эффект.
3. Характер эмоциональных расстройств при различных психических заболеваниях
4. Маниакальное расстройство (маниакальный эпизод).
5. Депрессивные состояния на первом году жизни. Депрессивные состояния в дошкольном возрасте.
6. Депрессивные состояния в начальной школе. Депрессии у подростков.

РЕФЕРАТЫ

1. Стресс в детском возрасте. Причины стресса у детей.
2. Профилактика стресса. Первая помощь в острой стрессовой ситуации.

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА.

Исследование эмоциональной сферы у детей и подростков

ЛИТЕРАТУРА:

Основные учебные пособия:

1. Лекционный материал.
2. Клиническая психиатрия. Детский возраст: учеб. Пособие / под ред. Е.И. Скугаревской. – Мн.: Выш.шк., 2006. – С. 52-55, 177-193..
3. Общая психопатология / В.В. Мариллов. – Москва, 2007.
4. Психиатрия и наркология / под общ. ред. А.А. Кирпиченко. – Минск: Вышэйшая школа, 2005.

Дополнительные учебные пособия:

1. Психиатрия с элементами психотерапии / пер. с нем. Г.А. Обухова. - Мн.: Интерпрессервис, 2002. С. 306-309, 327-331.
2. Прищепа И.М. Психофизиология: практикум / И.М. Прищепа, Е.П. Боброва, Г.А. Захарова. – Витебск: изд. УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2006. – С. 43-61.
3. Дроздов А.А. Полный справочник психотерапевта / А.А. Дроздов, М.В. Дроздова. – М.: Эксмо, 2007. - С. 171- 195.

ТЕМА: **Шизофрения**

Продолжительность практического занятия - 2 академических часа.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: изучить симптоматику шизофрении у детей и подростков. Сформировать понимание основных симптомов данного заболевания, раскрыть принципы диагностики. Добиться свободного изложения научно-теоретических положений, развития самостоятельного мышления, умения отстаивать свое мнение.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ ПО СОДЕРЖАНИЮ ЗАНЯТИЯ:

Современное состояние учения о шизофрении детского и подросткового возраста. Распространенность заболевания в различных возрастных группах. Особенности клиники шизофрении детского возраста. Особенности клиники шизофрении в пубертатном возрасте. Особенности отдаленного периода шизофрении детского и пубертатного возраста. Лечебно-педагогические мероприятия при шизофрении

ВОПРОСЫ ДЛЯ АУДИТОРНОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

1. Этиогенез шизофрении.
2. Основные клинические формы: простая, параноидная, кататоническая, гебефреническая.
3. Типы течения: непрерывно-прогредиентный, приступообразно-прогредиентный, периодический.
4. Диагностические критерии при шизофрении.
5. Особенности шизофрении у детей и подростков.
6. Современные методы лечения шизофрении: биологические, электросудорожная терапия, психофармакотерапия, психотерапия, трудотерапия, социальная реабилитация, культуротерапия.

РЕФЕРАТЫ:

1. Современные методы лечения шизофрении: психотерапия, трудотерапия, культуротерапия.
2. Социальная реабилитация при шизофрении.
3. Особенности шизофрении у детей и подростков.

ЛИТЕРАТУРА:

Основные учебные пособия:

1. Лекционный материал.
2. Общая психопатология / В.В. Марилов. – Москва, 2007.
3. Диагностика психических нарушений: практикум / Ю.Г. Демьянов. – М.: ТЦ Сфера, 2004.
4. Практическое пособие по психиатрии / Т.Т. Сорокина, Ф.М. Гайдук, Р.А. Евсегнеев. – Минск, 1996.
5. Психиатрия и наркология / под общ. ред. А.А. Кирпиченко. – Минск: Вышэйшая школа, 2005.

Дополнительные учебные пособия:

6. Все виды отклонений в человеческой психике / В.В. Маршак. - Ростов н/Д.: Феникс, 2006.
7. Психиатрия с элементами психотерапии / пер. с нем. Г.А. Обухова. - Мн.: Интерпрессервис, 2002.
8. Практическое пособие по основам психосоматической медицины и психотерапии / под ред. Ф.М. Гайдука. - Мн., 1996.
9. Рустанович А.В., Шамрей В.К. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах и рисунках. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2006.
10. Клиническая психиатрия. Детский возраст: учеб. Пособие / под ред. Е.И. Скугаревской. – Мн.: Выш.шк., 2006.

4.2 ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ

1. Психиатрия как наука. Основные разделы современной психопатологии. Взаимосвязь с другими науками. Организация психиатрической помощи населению.
2. Краткие исторические сведения о развитии отечественной и зарубежной психопатологии. История развития психиатрии в Беларуси.
3. Методологические основы изучения психических процессов.
4. Этапы психофизиологического развития. Биологические и биографические кризисы.
5. Расстройства ощущений: гипер-, гипо- и парестезии, сенестопатии.
6. Иллюзии. Определение. Виды иллюзий. Вербальные, аффективные иллюзии. Особенности иллюзорных переживаний психически больных.
7. Галлюцинации. Определение. Виды галлюцинаций.
8. Психосенсорные расстройства (нарушения сенсорного синтеза). Дерреализация и деперсонализация. Симптом двойника.
9. Мышление. Определение. Патология ассоциативного процесса (ускорение мышления, замедление, насильственное мышление, персеверация, резонерство, символическое мышление, разорванность мышления).
10. Современные представления о речевых расстройствах. Нарушения звукопроизводительной речи: дислалия, ринолалия (гнусоватость), дизартрия. Недоразвитие и временная задержка развития речи: алалия, афазия.
11. Заикание. Специфические расстройства развития школьных навыков (чтения, спеллингования). Специфическое расстройство счета.
12. Патология суждения. Навязчивые состояния (обсессии): навязчивый счет, навязчивые мысли, действия, воспоминания, влечения, страхи (фобии)
13. Сверхценные и бредовые идеи. Виды бредовых идей. Клиническая характеристика.
14. Патология памяти: гипермнезия, гипомнезия, амнезия, парамнезия.
15. Патология интеллекта: врожденное и приобретенное слабоумие.
16. Общая характеристика внимания (виды внимания, особенности внимания). Виды нарушения внимания: истощаемость, отвлекаемость, застреваемость, сужения поля внимания. Особенности нарушений внимания при психических заболеваниях.
17. Общая характеристика эмоций. Виды нарушений эмоций: эйфория, мория, дистимия, тревога, дисфория, лабильность, эмоциональная тупость, апатия.
18. Эмоциональные синдромы: маниакальный, депрессивный, апатический.
19. Воля и ее нарушения. Гипобулия. Гипербулия. Парабулия.
20. Нарушение влечений: извращение влечения к пище, ослабление инстинкта самосохранения, извращение полового влечения, импульсивные влечения.
21. Симптомы нарушения сознания. Синдромы нарушенного сознания (оглушения).
22. Онейроидный синдром. Сумерочное помрачение сознания. Аменция. Расстройства самосознания. Делирей.
23. Невротические расстройства сна. Невротические синдромы. Астенический синдром. Истерический синдром. Ипохондрический синдром.
24. Олигофрения. Этиология и патогенез. Степени олигофрении.
25. Деменция. Виды деменции и ее особенности при разных заболеваниях.
26. Шизофрения. Симптоматика. Этиология и патогенез. Формы и типы течения шизофрении.
27. Маниакально-депрессивный психоз (циклофрения). Типы течения. Депрессивная фаза.
28. Маниакально-депрессивный психоз (циклофрения). Маниакальная фаза.
29. Эпилепсия. Большой эпилептический припадок. Малые припадки. Этиология и патогенез.

30. Клиника психических нарушений при эпилепсии: дисфория, сумеречное расстройство сознания.
31. Этиопатогенез неврозов. Клинические формы общих неврозов: неврастения, психастения, истерия.
32. Определение психопатий. Этиология и патогенез. Клинические типы психопатий: возбудимый, эпилептоидный, неустойчивый, истерический.
33. Суицидальное поведение и принципы кризисной психотерапии.
34. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя. Степени и стадии алкоголизма. Особенности раннего алкоголизма. Лечение и профилактика.
35. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления наркотических веществ.

4.3 ТЕМЫ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

1. Этапы психофизиологического развития
2. Психосексуальное развитие
3. Синдром умственной отсталости у детей и подростков
4. Синдром невропатии у детей и подростков
5. Синдром патологических страхов
6. Синдром патологического фантазирования у детей
7. Синдром психического инфантилизма
8. Психотерапевтические методы лечения
9. Временные отставания в психическом развитии
10. Типы нарушений семейного воспитания, способствующие развитию расстройств личности
11. Суицидальное поведение у подростков
12. Психические нарушения вследствие черепно-мозговых травм
13. Больной, семья, окружающие
14. Временные отставания в психическом развитии
15. Агрессивные дети
16. Тревожные дети
17. Аутичные дети
18. Развитие эмоциональных отношений матери и ребенка
19. Синдром гиперактивности
20. Тревожно-фобические расстройства у детей и подростков

5. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для обеспечения данной дисциплины необходимы: видеофильмы, рисунки, фотографии.

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Основная

1. Кирпиченко А.А., Пашков А.А. Нервные и психические болезни: учебник. – Минск: Выш. шк, 2007. – 367 с.
2. Бадалян Л.О. Невропатология: учебник для студентов дефектологов высш. пед. учеб. Заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2000. – 384 с.
3. Клиническая психиатрия. Детский возраст: учеб. пособие. Е.И. Скугаревская. Мн., 2006.
4. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. В 2 т.- Изд. доп. и перераб. - Ростов-на-Дону: Феникс, 1996. - 480 с.
5. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Клиническая патопсихология. -М.: МПСИ; Воронеж; МОДЭК, 2002. - 512 с.
6. Демьянов Ю.Г. Диагностика психических нарушений: Практикум. СПб. МиМ: Респекс, 1999. - 224 с.
7. Демьянов Ю.Г. Основы психопрофилактики и психотерапии: Краткий курс. - Москва: Сфера, 2004. - 126 с.
8. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия. - М.: Медицина, 2000.-544с.
9. Кирпиченко А.А. Психиатрия.- Минск: Выш. школа, 1996. - 302 с.
10. Свядощ А.М. Неврозы. - 3-е изд, перераб. и доп.- М.: Медицина, 1982. - 366 с.
11. Чудновский В.С., Чистяков Н.Ф. Основы психиатрии. - Ростов-на-Дону: Феникс, 1997. - 448 с.
12. Мастюкова Е.М. Ребёнок с отклонениями в развитии: ранняя диагностика и коррекция. - М.: Просвещение, 1992. - 95 с.

Дополнительная

13. Полный справочник психотерапевта. Дроздов А.А., Дроздова М.В., М., 2007.
14. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства.- М.: Медицина, 1993. - 399 с.
15. Банщиков Б.М., Короленко Ц.П., Давыдов И.В.. Общая психопатология. - М., 1971.
16. Каннабих Ю.В. История психиатрии. - М.: ООО «Издательство АСП» Мн.: Харвест, 2002. - 560 с.
17. Карвасарский Б.Д. Неврозы. 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицине 1990. - 572 с.
18. Ковалёв В.В. Психиатрия детского возраста. - М., 1979.
19. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия.- М.: Медицина 1995.
20. Коркина М.В., Цивилько М.А., Моршюв ВВ., Карева М.А.. Практикум по психиатрии. М., 1990. - 183 с.
21. Лакосина И.Д., Трунова Н.М. Неврозы, невротическое развитие личности: Клиника и лечение. - М.: Медицина, 1994. - 192 с.

22. Леонгард К. Акцентуированные личности./ Пер. с нем. - Ростов-на-Дону: Феникс, 1997. - 544 с.
23. Мальцева М.М. Опасные действия психически больных: психопатологические механизмы и профилактика. - М.: Медицина, 1995. - 256 с.
24. Сорокина Т.Т., Гайдук Ф.М., Р.А. Евсегнеев Ф.М.. Практическое пособие по психиатрии.- Минск: Выш. школа, 1991. - 198 с.
25. Филатов А.Т. Аутогенная тренировка. - Киев, 1979. - 142 с.
26. Карандашев Ю.Н., Ховер Ю. Диагностика нервно-психического развития в детском возрасте: Учебное пособие. – Мн.: Карандашев, 2003. - 304 с.

Репозиторий ВГУ