



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
профессионального образования
«Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова»

С.В. Семихатская

ОСНОВЫ ПСИХОПАТОЛОГИИ

*Утверждено Редакционно-издательским советом университета
в качестве учебного пособия*

Магнитогорск
2015

Рецензенты:

Доктор медицинских наук, профессор кафедры образовательных технологий
и дистанционного обучения,
ФГБОУ ВПО «Челябинский государственный педагогический университет»
Н.А. Антипанова

Кандидат психологических наук, доцент,
заведующая кафедрой психологии,
ФГБОУ ВПО «Магнитогорский государственный технический университет
им. Г.И. Носова»
О.П. Степанова

Семихатская С.В.

Основы психопатологии [Электронный ресурс] : учебное пособие / Светлана Владимировна Семихатская ; ФГБОУ ВПО «Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова». – Электрон. текстовые дан. (1,33 Мб). – Магнитогорск : ФГБОУ ВПО «МГТУ», 2015. – 1 электрон. опт. диск (CD-R). – Систем. требования : IBM PC, любой, более 1 GHz ; 512 Мб RAM ; 10 Мб HDD ; MS Windows XP и выше ; Adobe Reader 8.0 и выше ; CD/DVD-ROM дисковод ; мышь. – Загл. с титул. экрана.

В пособии даны основные сведения о развитии общей и детской психиатрии. Подчеркивается тесная связь детской психиатрии с неврологией, со специальной педагогикой и физиологией. Обращается внимание на значение наследственного, социального и возрастного факторов в этиологии психических расстройств. Излагаются общие принципы клинического и психолого-педагогического обследования детей с различными отклонениями. Описываются проявления общей (симптомы и синдромы) и частной психиатрии (психопатологии), наиболее часто встречающиеся в детском и подростковом возрасте.

Учебное пособие предназначено для студентов высших и средних специальных учебных заведений, педагогов и воспитателей дошкольных учреждений комбинированного и компенсирующего видов.

УДК 159.97

© Семихатская С.В., 2015
© ФГБОУ ВПО «Магнитогорский
государственный технический
университет им. Г.И. Носова», 2015

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
1 Введение в психопатологию	5
1.1. Краткий очерк истории психиатрии	6
1.2. История развития детской психиатрии и специальной педагогики	9
2 Клинико-физиологические основы психопатологии	14
2.1. Детская психиатрия и физиология	14
2.2. Эволюционно-динамический подход	20
3 Общая психопатология	24
3.1. Общие сведения о психических симптомах и синдромах	24
3.1.1. Расстройства восприятия	24
3.1.2. Расстройства мышления	26
3.1.3. Нарушение памяти и интеллекта	28
3.1.4. Эмоциональные расстройства	33
3.1.5. Волевые и двигательные расстройства	34
3.1.6. Нарушения сознания	36
3.1.7. Патология ощущений	39
3.1.8. Психомоторные расстройства	40
3.2. Невротические синдромы	43
3.2.1. Невротические расстройства сна	43
3.2.2. Невротические синдромы	44
4 Частная психопатология	51
4.1. Психические расстройства при соматических заболеваниях, инфекциях, интоксикациях, травмах черепа	51
4.1.1. Соматические заболевания	51
4.1.2. Детские инфекции	53
4.1.3. Нейроинфекции (менингиты, энцефалиты)	55
4.1.4. Интоксикации (алкоголизм, наркомания)	59
4.1.5. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления летучих растворителей (ингаляционная токсикомания)	72
4.1.6. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления табака	73
4.2. Эпилепсия (эпилептическая болезнь)	74
4.3. Шизофрения	81
4.3.1. Этиология и патогенез	81
4.3.2. Клиника шизофрении	83
4.3.2. Формы шизофрении	90
4.3.3. Типы течения шизофрении	98
4.4. Аффективные расстройства	99
Список литературы	109
Список терминов	110

ВВЕДЕНИЕ

Дефектологи, логопеды и психологи на практике решают вопросы прогноза обучаемости и отбора детей специальные школы и коррекционные классы, организации работы как по восстановлению отдельных функций, так и по коррекции нарушенного развития ребенка, а также диагностики психических функций у детей и подростков. В связи с этим появляется необходимость в знаниях в области общей и детской психопатологии специалистов дошкольных и школьных учреждений, которые мало знакомы с общей психопатологией и спецификой психопатологического обследования.

Базовым уровнем для освоения курса «Психопатологии» являются знания, полученные студентами – логопедами при изучении «Возрастной анатомии, физиологии и гигиены», «Невропатологии», «Основ нейрофизиологии и высшей нервной деятельности», «Основ дефектологии».

Цель курса - сформировать у студентов представления о нарушениях психических процессов и тех изменениях, которые возникают в их развитии под влиянием мозговых поражений.

1 ВВЕДЕНИЕ В ПСИХОПАТОЛОГИЮ

В последние десятилетия увеличилось количество детей с различными отклонениями в физическом и психическом развитии, с нарушениями слуха, зрения, речи и поведения. В связи с этим организовываются новые специализированные дошкольные и школьные учреждения, в которых работают педагоги, воспитатели и психологи, получившие специальное дефектологическое образование.

В детском возрасте клинические проявления соматических, неврологических и психических расстройств тесно связаны между собой, что разрешает их объединить в единую психоневрологическую и психосоматическую проблему, разрешение которой осуществляется комплексно-медицинскими и психолого-педагогическими мероприятиями.

Невропатология – медицинская наука о заболеваниях нервной системы, занимается выявлением, лечением и профилактикой нервных болезней.

Педиатрия – изучает развитие ребенка, занимается профилактикой, диагностикой и лечением различных детских заболеваний.

Психиатрия («психея» – душа) – медицинская наука, изучающая причины возникновения, проявления, лечение и профилактику психических расстройств.

Психопатология детского возраста тоже медицинская наука, является частью детской психиатрии, изучающая общие закономерности и развитие детских и подростковых психических расстройств, направленная на создание методов лечебно-коррекционного воздействия.

В специальной литературе часто встречается термин «психоневрология», который подчеркивает тесную связь психиатрии с неврологией. В детском возрасте различные психические расстройства чаще имеют генетические корни, которые проявляют себя на фоне соматических, инфекционных и неврологических расстройств, а также в неблагоприятной социальной обстановке. Поэтому психиатрия детского возраста тесно связана с невропатологией и педиатрией, с физиологией и психологией, которые раскрывают основные процессы функционирования всего организма и высшей нервной деятельности, обуславливающие психические процессы.

В 50-60-х годах в детских поликлиниках работали районные психоневрологи, в задачи которых входило выявление детей с отклонениями в развитии, амбулаторное лечение и при необходимости направление детей в стационар. Совместная работа врачей разных специальностей с педагогами дошкольных и школьных учреждений обуславливала преемственность профилактики и раннего выявления отклонений в развитии детей.

Наблюдения показали, что коррекционные занятия с детьми необходимо начинать с дошкольного возраста, в связи с этим стали организовываться детские сады и интернаты для детей с отклонениями в развитии.

Для квалификации логопеда большое значение имеют знания по медицинским дисциплинам, так как в детском возрасте дети часто болеют, что сказывается на состоянии нервной системы и психической деятельности. Дефектологам, медицинским работникам дошкольных учреждений необходимы основополагающие знания по невропатологии и психиатрии (психопатологии), педиатрии и физиологии детского возраста для своевременного выявления отклонения в развитии ребенка и организации консультаций квалифицированной медико-психолого-педагогической помощи. Современные требования к уровню образованности педагогов предполагают культуру мышления и поведения, умение разбираться во влиянии на психическое здоровье ребенка экологических и социальных проблем, обуславливающих отклонения в развитии и возникновения нервно-психических расстройств у детей и подростков.

Психопатология отрасль медицины, изучающая болезни психики, их причины, течение, предупреждение и лечение.

Психические болезни, составляющие предмет изучения психопатологии, подразделяются на психозы, при которых наблюдается нарушение отражения реального мира и возникают различные степени расстройства сознания и поведения: бред, галлюцинации, нелепые поступки и опасные для самого больного и окружающих действия; неврозы и психопатии, при которых могут наблюдаться несущественные нарушения поведения, но сохраняется правильное восприятие реального мира; олигофрению, для которой наиболее характерны своеобразные формы задержки психического (интеллектуального) развития, и др.

1.1. Краткий очерк истории психиатрии

Первые сведения о душевных болезнях встречаются в египетских папирусах и в древнеиндусской книге – «Веды», относящейся к XV–XIV вв. до н. э. Однако расцвет медицины связывают с именем Гиппократом, который жил и работал в V в. до н. э. Ему принадлежит ряд важных положений, сохранивших свое значение до настоящего времени.

Гиппократ создал свод законов, именуемых «клятвой Гиппократом», которую дают врачи при окончании медицинского института. Некоторые положения из «клятвы Гиппократом» необходимо знать и педагогам, работающим в дошкольных и школьных учреждениях для детей с отклонениями в развитии. Одним из положений является *первый тезис* «не разглашай врачебную тайну». «Врачебная тайна» – это сведения, которые дают родители врачу и рассказывают логопедам о своих детях и домашней обстановке. Полученные сведения не подлежат огласке и обсуждению с посторонними, так как могут оказаться известными родственникам и вызвать у них негативную реакцию. *Вторым тезисом*, с которым должны быть знакомы педагоги, «не навреди», является очень важным, так как ребенок должен получить своевременную и квалифицированную медицинскую и педагогическую помощь, доброе и хорошее отношение к нему.

Занимаясь изучением и лечением судорожных состояний, которые назывались «священной болезнью», Гиппократ сумел выделить понятие «судорожный синдром», при котором судорожные состояния возникают на фоне какого-либо соматического или инфекционного заболевания, и «судорожную болезнь», при которой судорожные состояния являются основным признаком болезни. Это различие в понятиях «судорожный синдром» и «судорожная болезнь» сохраняется и до настоящего времени.

С именем Гиппократом связано понятие «темперамент». Положив в основу преобладание жидких сред организма: крови, слизи, светлой и темной желчи, Гиппократ выделил 4 типа темперамента: сангвинический («сангвис» – кровь), флегматический («флегма» – слизь), холерический («холе» – светлая желчь), меланхолический («мелане холе» – черная желчь). Каждой выделенной группе соответствовали личностные особенности, которые проявлялись в течение всей жизни человека. Понятие о четырех типах темперамента сохраняется до настоящего времени. И.П. Павлов, на основании физиологических исследований, выделил четыре типа высшей нервной деятельности, сопоставил их с четырьмя типами темпераментов по Гиппократу и доказал их обоснованность.

В IV–III вв. до н. э. большую роль в изучении соматических и психических расстройств сыграли работы Платона. В I в. н. э. римский энциклопедист и врач Цельс предложил одну из первых систематик душевных болезней.

Начиная с III–IV вв. н. э., уровень греко-римской культуры начинает неуклонно падать. Растущее господство религиозного фанатизма подготовило путь средневековью. В этот период в Европейских странах значительно замедлилось развитие естественных наук, медицина была уничтожена, отношение к душевнобольным стало жестоким. Согласно

церковной концепции считалось, что в этих людей «вселился злой дух», которого нужно уничтожить. Поэтому больных людей избивали, сжигали на кострах, изгоняли из селений или содержали в цепях в так называемых «лечебницах».

В эпоху средневековья, когда в Европе медицина пришла в упадок, в арабских странах отмечается значительный подъем естественных наук, формируется благоприятное отношение к больным людям. В XI в. арабский врач и философ Абу-Али Ибн Сина (Авиценна) организовал специальную больницу, в которой врачи наблюдали и лечили больных, страдающих судорожными состояниями. Авиценна ввел термин «эпиламвано», что обозначало «схватываю», один из заметных симптомов при судорожном состоянии, возникающем при напряжении мышц. От термина «эпиламвано» образовался термин «эпилепсия», который используется и в настоящее время.

Начиная с XVI–XVII вв. в Европе активизируются естественные науки. В 1633 г. Рене Декарт, естествоиспытатель и физик, в поисках «души» у одушевленных живых существ, проводит опыты на лягушках. Раздражая кожу лапки лягушки раствором соляной кислоты, Декарт наблюдал сокращение мышц как ответную реакцию, определив это явление термином «рефлекс» – «отражение», перенеся это понятие из физики. Термин «рефлекс» и в настоящее время широко используется в медицине, физиологии и психологии для объяснения ответной реакции на раздражение. Вся наша психическая деятельность является рефлекторной (отражательной).

Во время Великой французской революции (вторая половина XVII в.) и в первые десятилетия после нее французская психиатрия переживала чрезвычайный подъем. Революционный подъем в психиатрии совершил Ф. Пинель. В 1792 г. он добился снятия цепей с душевнобольных, что определило коренную перестройку организационных форм помощи, переход от «сумасшедших» домов к психиатрическим лечебницам.

Один из учеников Пинеля, доктор Ж. Эскироль (1838), обогатил французскую и мировую психиатрию многими клиническими открытиями, в том числе он выделил форму глубоких интеллектуальных нарушений, отмечавшихся с раннего детского возраста, обозначив такое состояние как «малоумие», в отличие от распада психической деятельности после перенесенных заболеваний как «слабоумие». Для ясности высказывания был использован афоризм: «малоумие» – это бедняк от рождения, «слабоумие» – разорившийся богач. Расцвет французской психиатрии приходился на XIX–XX вв., когда публиковалось большое количество научных работ по различным формам психических расстройств, открывались специализированные клиники.

И. Вуазен – ученик Ж. Эскироля, изучавший клинику «идиотизма» (малоумие), пришел к выводу о необходимости и возможности совершенствовать те стороны дефектной психики, которые еще доступны развитию. За счет этого можно добиться уменьшения степени интеллектуальной недостаточности больных, т. е. терапевтического успеха.

Во второй половине XIX в. в Парижском университете открылась первая кафедра неврологии под руководством Ж. Шарко и клиника для неврологических больных. В это же время организовалась психиатрическая клиника, в которой предпринималась попытка выявления причин возникновения психоза (психического расстройства). Большое значение приобрели работы З. Фрейда (1895), использовавшего метод психоанализа для выявления причин психических расстройств.

Развитие немецкой психиатрической школы проходило во второй половине XIX в. Формированию основных исследовательских направлений в немецкой психиатрии предшествовал 30-летний спор между материалистами и идеалистами, оказавших влияние на подход и понимание психических расстройств. В психиатрии обозначались представители двух противоположных направлений: «психиков» и «соматиков». Школа «психиков» рассматривала психозы как результат дисгармонии страстей. Избирая в условиях свободы воли между добром и злом, человек тем самым якобы определял линию своей жизни и

судьбы. Вследствие дисгармонии страстей возникали не только душевные, но и соматические расстройства. Школа «соматиков» утверждала, что сохранность психики предопределена телесным здоровьем. Общий принцип «соматиков» состоял в утверждении того, что все психические болезни являются болезнями всего организма. Соматики провозгласили лозунг «В здоровом теле – здоровый дух». Позднее В. Гривингер (1860) выправил недостаток лозунга «соматиков», заменив его более передовым: «душевные болезни – болезни мозга».

В Англии Г. Модсли (1867) явился основателем английской классической клинической школы и опубликовал свою монографию «Физиология и патология души», впервые творчески развил учение Ч. Дарвина применительно к клинической (эволюционной) психиатрии.

Развитие психиатрии в России шло своим путем. В Древней Руси отношение к душевно больным было гуманным, их называли «юродивыми», «блаженными» и старались приютить в монастырях (по указу Ивана Грозного). В XVI–XVII вв. в городах строятся богадельни для «прокаженных и престарившихся и не могущих нигде головы преклонить». В 30-40-е годы XIX столетия были опубликованы первые научные труды русских врачей И.Е. Дядьковского и Т.С. Иллинского, в которых описывались психические расстройства на фоне инфекционных заболеваний.

Во второй половине XIX в. начали открываться земские психиатрические больницы, в организации которых принимали участие М.П. Литвинов, В.Н. Яковенко, В.П. Кащенко. В 1870 г. в Петербурге при военно-медицинской академии была открыта первая кафедра психиатрии, которую возглавил И.М. Балинский (1857). На этой кафедре работали И.П. Мержеевский (1872), В.Х. Кандинский (1890), оказавшие большое влияние на развитие психиатрии в России.

В 1880 г. при Московском университете была открыта кафедра нервных и душевных болезней, которую возглавил замечательный врач, ученый и педагог А.Я. Кожевников, ближайшим учеником и продолжателем дела которого стал С.С. Корсаков (1889), основавший первую психиатрическую клинику. Пациентами клиники стали люди, проживавшие на улице «Божедомка» в так называемых «божьих домиках» при церкви. Жили они на подаяния прихожан, не имея ни семьи, ни работы. В стационаре проводилось соматическое и психоневрологическое обследование, выявлялись основные причины, вынудившие людей жить в таких условиях. С.С. Корсаков придерживался нозологического («нозология» – описание и изучение заболевания в целом, а не только отдельных признаков) направления в диагностике психических заболеваний, основал журнал «Невропатология и психиатрия», который существует и до настоящего времени.

Для развития отечественной неврологии и психиатрии большое значение сыграли работы по физиологии И.М. Сеченова, И.П. Павлова и др., проведенные на рубеже XIX–XX вв., разрешившие раскрыть механизм многих психических расстройств.

Таким образом, в XIX–XX вв. во многих странах происходит значительная активизация медицинских наук и в частности невропатологии и психиатрии. В России эти науки были тесно связаны с работами И.М. Сеченова и И.П. Павлова, оказавших большое влияние на понимание этиологии (причины) и патогенеза (механизма) развития психических заболеваний, а также на использование различных лечебных мероприятий.

В настоящее время существуют и активно функционируют кафедры общей и детской психиатрии, институты психиатрии и специализированные клиники, диспансерные отделения, в которых проводится профилактическая, лечебная и консультативная помощь больным с различными отклонениями в психическом состоянии.

1.2. История развития детской психиатрии и специальной педагогики

В зарубежной литературе просматриваются два направления в изучении психических расстройств детского возраста. Одно направление связано с именами К. Каруса (1808) и К. Мореля (1857), считавших, что дети могут быть умственно отсталыми, но не психически больными. К. Морель выступал со своей теорией вырождения, определяя вырождение как болезненное отклонение от первоначального типа, которое обладает свойством передаваться по наследству. Отмечая наследственный фактор вырождения, Морель вместе с тем подчеркивал, что причиной вырождения является действие многих факторов среды. Эти взгляды К. Мореля на длительный срок задержали развитие детской психиатрии. Вместе с тем Морель впервые обратил внимание на необходимость профилактики умственной отсталости.

Другое направление в изучении психических расстройств связано с именем Ж. Эскироля (1829), проводившего наблюдения за слабоумными больными. Он пришел к выводу, что эта группа больных не однородна. По времени возникновения и тяжести заболевания (умственной недостаточности) больных можно разделить на две группы, у которых определялось раннее и позднее слабоумие, по тяжести проявления – идиотия (наиболее глубокая степень) и имбецильность (средняя степень). При этом подчеркивалось, что дифференциальной диагностикой между имбецильностью и идиотией является возможность имбецилов обучиться элементарным возможностям самообслуживания, понимать и произносить отдельные слова. Дифференциация этих двух форм интеллектуальной недостаточности сохраняется и до настоящего времени.

Во второй половине XIX в. отмечалось развитие промышленности, в городах увеличился приток сельского населения для работы на производстве. Однако не все молодые люди оказались способными овладеть производственными навыками и тем более грамотой, которой их начали обучать. Некоторым из них требовалось больше времени для овладения грамотой. Замедленность умственного развития и трудность обучения была определена как «дебильность».

Когда Э. Крепелин (1898) создал свою первую классификацию психических расстройств, то он перечислил все формы умственной отсталости (дебильность, имбецильность и идиотию), как самостоятельные. В 1915 г. Э. Крепелин создал вторую классификацию психических расстройств и ввел понятие «олигофрения» (малоумие), объединив этим термином три степени тяжести умственной отсталости: идиотию, имбецильность, дебильность.

Для выявления уровня интеллектуального развития детей и подростков возникла необходимость их предварительного обследования. С этой целью была создана методика «тестов», благодаря которым выявлялся «интеллектуальный коэффициент» (ИК). Авторами тестов были учителя А. Вине и Т. Симон (1905). Каждому заданию («тест») соответствовало определенное количество баллов: если обследуемый самостоятельно выполнял все задания, то он набирал от 80 до 100 баллов, что соответствовало нормальному уровню интеллектуального развития. Если задание выполнялось с помощью педагога, в замедленном темпе, то количество баллов снижалось от 80 до 60 баллов, что соответствовало определению «дебильность». В этих случаях можно было предположить о разных вариантах отставания в умственном развитии.

Эти методики имели как положительные, так и отрицательные качества. Положительным моментом обследования по тестам была возможность предъявлять всем детям и подросткам одинаковые задания. Отрицательным моментом оказался недостаточный учет психологического состояния ребенка: новая обстановка, незнакомые люди, неподготовленные к таким условиям дети легко терялись в незнакомой обстановке и не могли ответить на простые вопросы. Если после обследования устанавливался диагноз «дебильность», то детей направляли в специализированные классы, где обучение проходило

по специальным методикам и в два раза медленнее. Врачи проводили необходимые медицинские мероприятия: изучали особенности развития и воспитания ребенка до поступления в школу, перенесенные в прошлом болезни, выявляли причины замедленного развития, лечили детей, наблюдали за ними во время занятий.

Для развития детской психиатрической клиники большую роль сыграли работы Ж. Эскироля, П. Жане (Франция), Д. Конолли, Г. Модзли (Англия), Т. Геллера (Германия) и др. Так Ж. Эскироль, а впоследствии и Т. Геллер (1908), описали несколько случаев психического расстройства у детей, которое характеризовалось бурным речевым и интеллектуальным развитием в первые годы жизни: дети отличались развитым воображением, хорошими способностями, подвижностью и жизнерадостностью. В возрасте 4–5 лет быстро изнашивались, интеллектуально истощались, становились однообразными в своих проявлениях и не оправдывали ранее возложенных на них надежд. Распад психической деятельности в раннем детском возрасте был назван «ранняя деменция» Геллера.

Для развития детской клинической психиатрии большое значение сыграли работы А. Кальбаума (1863), описавшего детские формы кататонии и гебефрениии. Клиническая психиатрия продолжала накапливать факты, свидетельствующие о том, что психозы свойственны не только взрослым, но подросткам и детям. Первые руководства по психиатрии детского возраста были написаны Х. Эмминггаузом (1887) и Т. Моро де Тур (1889). Изучая клинику раннего слабоумия, Э. Крепелин показал, что во многих случаях психозы, наблюдаемые у взрослых, берут свое начало в детском возрасте.

Исторические корни медико-педагогической коррекции детей с аномальным развитием нисходят к XVIII–XIX вв., когда во Франции организовывались специальные школы для детей с замедленным развитием, готовились специальные методы обучения. Большое значение за рубежом сыграли работы Я.А. Коменского и И.Г. Песталоцци, в России – К.Д. Ушинского, Л.С. Выготского о необходимости обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии.

В отечественной медицине рано формируется интерес к психическим заболеваниям детского возраста. Уже в первой половине XIX в. в работах Е.Н. Смельского, С.Ф. Хотовицкого и др. приводятся описания некоторых нервно-психических заболеваний: эпилепсии, хореи, менингоэнцефалитов, гидроцефалии, кратковременных психозов при скарлатине, отравлении грибами. Признаки важнейших нервно-психических заболеваний в детском возрасте в систематизированной форме излагаются в руководстве основоположника отечественной педиатрии С.Ф. Хотовицкого.

Однако последовательная и углубленная разработка клиники детских нервно-психических заболеваний начинается в 70-80-х годах XIX столетия под руководством И.П. Мержеевского, который публикует свои результаты патологоанатомических исследований микроцефалии и делает важный вывод о том, что причиной микроцефалии является не атавизм и дегенерация, а болезненные влияния на плод в период его внутриутробного развития. В дальнейшем изучению микроцефалии и идиотизма, а также психозов у детей посвящали свои работы ученики и последователи И.П. Мержеевского – С.Н. Данило, Н.М. Попов и др.

Среди многочисленных учеников И.П. Мержеевского был и И.В. Маляревский, первый отечественный детский психиатр, посвятивший себя изучению и предупреждению нервно-психических расстройств у детей. Он создал в Петербурге первое в России психиатрическое учреждение для детей и подростков – Врачебно-воспитательное заведение, просуществовавшее более 35 лет (1882–1919). И.В. Маляревский развивает медико-педагогическое направление в отечественной психиатрии, которое приводит в дальнейшем к формированию психиатрии детского возраста. Продолжателями дела И.В. Маляревского были его жена и сын.

Основными причинами психических заболеваний у детей И.В. Маляревский считал болезненную наследственность, неблагоприятные экономические и социальные условия. Ценным вкладом в психиатрическую науку конца XIX в. являются идеи И.В. Маляревского о предупреждении психических заболеваний в детском возрасте. Огромную роль в сохранении психического здоровья он отводил гигиене воспитания и обучения. Большое место в психопрофилактике должно занять семейное воспитание.

И.В. Маляревский создал теоретическую базу для формирования психиатрии детского возраста как особой отрасли общей психиатрии. Он выступает как теоретик и основоположник особой научной отрасли медицины – медицинской педагогики, которая стоит на границе с педагогикой, изучающей нервно-психические расстройства в детском возрасте и вопросы их предупреждения, а также лечебное воспитание детей с отклонениями в развитии. Основой лечебного воспитания он считал труд. В организации педагогического процесса И.В. Маляревский использовал методы воспитания и обучения, основанные на гуманном отношении к детям, выбора деятельности по интересу ребенка.

По примеру семьи Маляревских в начале XX в. начали открываться другие частные учреждения для психически больных. Идеи И.В. Маляревского получили дальнейшее развитие в работах прогрессивных психоневрологов Г.И. Россолимо, Г.Я. Трошина, А.С. Грибоедова, В.П. Кащенко.

Большой вклад в дело организации специальных учреждений внес А.Ф. Лазурский (1900). Его работы внесли значительный вклад в лучшее понимание отклонений характера в детском возрасте и позволили педагогам в педагогических учреждениях подбирать методы лечебно-педагогического воздействия для психически больных детей.

Доктор Г.И. Россолимо, его ученик Ф.Д. Забугин и другие в начале XX в. организовали в Москве институт детской неврологии, куда приглашали врачей и педагогов на клинические разборы, ставили перед ними медико-педагогические проблемы: лечение и обучение больных детей. В Петербурге этими вопросами занимались А.В. Владимирский, А.С. Грибоедов, Г.Я. Трошин и др.

Медицинская педагогика семьи Маляревских стала начальным этапом развития психиатрии детского возраста в нашей стране. В начале XX в. организовывались школы-интернаты и специальные школы, в которых совместно работали врачи и педагоги. Основателями этих учреждений были профессора В.П. Кащенко, И.А. Сикорский, В.А. Гиляровский и др.

Дальнейшее развитие детской психиатрии в России происходило в 20-е годы XX столетия благодаря работам Т.И. Юдина, Н.И. Озерецкого, Г.Е. Сухаревой, Т.П. Симсон, М.С. Певзнер и др. Традиционное для отечественной медицины клиническое направление исследований базировалось на теоретических концепциях отечественных ученых И.М. Сеченова, И.П. Павлова, С.П. Боткина, И.Н. Введенского, обосновавших сущность психических заболеваний. Научные связи детской психиатрии и педагогики сохранялись благодаря работам А.С. Макаренко, В.А. Сухомлинского и других педагогов, помогавших врачам лучше понимать психические особенности детей и использовать педагогические приемы в лечебных целях.

В разработке проблем детских психозов особенно перспективным оказалось эволюционно-биологическое (онтогенетическое) направление, согласно которому психическая болезнь рассматривалась как динамическое явление, где наряду с патогенным влиянием болезнетворного специфического агента выступают неспецифические приспособительные признаки, отражающие защитные реакции организма.

Таким образом, *болезненный процесс* определяется как влиянием патогенного (*болезненного*) начала, так и *защитными силами* организма, их взаимодействием, клиническим проявлением болезни и исходным состоянием. Т.И. Юдин высказал предположение, что шизофрения у детей встречается чаще, чем у взрослых. Течение ее не

всегда катастрофическое и бывает относительно благоприятным. С возрастом проявляются личностные особенности, указывающие на перенесенное болезненное состояние, но не мешающие человеку приспособиться к социальной среде. Г.Е. Сухарева одна из первых изучила клинику шизоидных психопатий у подростков. Изучение шизофрении с эволюционных позиций было наиболее полно представлено в работах Г.Е. Сухаревой и Т.П. Симеон. В механизмах понимания психических расстройств большое значение сыграли работы А.Н. Северцева, в которых подчеркивалось значение приспособляемости организма. Термином «*приспособляемость*» он обозначил наиболее полное соответствие в филогенезе между структурой и функцией организма, с одной стороны, и особенностями среды – с другой. Способность к эволюционной изменчивости оценивалась им как пластичность организма.

В области детских психозов инфекционного происхождения большое значение имели работы С.С. Мнухина (1968) и его школы. Дальнейшее изучение особенности проявления симптомов и синдромов, динамики течения болезни при психических расстройствах у детей и подростков способствовали работы по сравнительной педиатрии и неврологии, физиологии и психологии, выполненные в лаборатории В.М. Бехтерева, Н.И. Красногорского, их сотрудниками и учениками.

Для развития детской психиатрии большую роль сыграли работы Л.С. Выготского, А.Р. Лурия, А.Н. Леонтьева по проблемам эволюции психического развития ребенка, эмоций и поведения. Рассматривая три ступени в развитии психических процессов на примере поведения, Л.С. Выготский и А.Р. Лурия подчеркивают значение эволюционного фактора. Раскрывая биологическое значение инстинктивных реакций, авторы подчеркивают их полезные приспособительные реакции к окружающей среде. Формируясь в определенной последовательности, простейшие инстинкты подавляются более сложными, надстраивающимися над ними, обеспечивая новые формы деятельности и поведения. Для психического развития человека имеют наибольшее значение более высокие уровни развития, обусловленные включением сложных форм деятельности коры головного мозга. С этими сложными формами деятельности тесно связаны речь и мышление.

В современной детской психиатрии и психопатологии придается большое значение возрастному фактору, нередко определяющему клинические проявления болезни. С этих позиций приобретают современное представление о критических периодах развития ребенка и их анатомо-физиологическое и психоневрологическое значение. Расскажите об истории развития психопатологии (психиатрии) как ветви медицинской науки.

Развитие детской психиатрии продолжается и в настоящее время. Врачи-психиатры, невропатологи, педиатры совместно с педагогами-дефектологами, психологами и воспитателями дошкольных и школьных учреждений проводят совместное медико-психолого-педагогическое консультирование и оказывают нуждающимся специальную помощь.

В последние годы все большее развитие получают методы профилактической и лечебно-педагогической коррекции болезненных состояний или дефектов психики. Тесный контакт врача-психоневролога, педагога и воспитателя в дошкольных учреждениях могут оказать существенную помощь в оздоровлении детей с отклонениями в развитии и трудным поведением.

Вопросы для самостоятельной работы

1. Что является предметом изучения психопатологии?
2. С какими дисциплинами связана психопатология?
3. Раскройте понятие «психическая деятельность». Дайте характеристику донаучного периода развития психопатологии.

4. Раскройте значение работ Гиппократ, Авиценны (Ибн-Сина) и других врачей Древности для развития медицины.
5. Опишите отношение к душевнобольным на различных этапах развития общества.
6. Раскройте причины психических расстройств в различные возрастные сроки.
7. Дайте характеристику научного периода развития психиатрии.
8. Подчеркните значение работ Пинеля и Эскироля в отношении к психическим больным.
9. Осветите этапы развития психиатрии во Франции и Германии, укажите их особенности.
10. Расскажите о развитии психиатрии в России.
11. Дайте характеристику развития детской психиатрии.

2 КЛИНИКО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОПАТОЛОГИИ

2.1. Детская психиатрия и физиология

Психиатрия (психопатология) как медицинская наука тесно связана с неврологией и физиологией. В течение многих веков шла борьба различных направлений в плане изучения структуры и функции нервной системы, обоснования психической деятельности. Только в конце XIX столетия работами И.М. Сеченова и И.П. Павлова было создано учение о высшей нервной деятельности, в основу которого легло учение о рефлекторных механизмах.

Особенно сложно формировалась детская психиатрия в связи с тем, что психические отклонения в детском возрасте отличались от таковых у взрослых. В детском возрасте не было сложных психотических расстройств (бредов и галлюцинаций), психические нарушения больше проявлялись в форме трудного поведения и обучения. Для обоснования лечебно-педагогических мероприятий необходимо было знание основных физиологических законов высшей нервной деятельности, обуславливающих различные варианты психических расстройств с учетом возрастного аспекта.

С этой целью мы рассмотрим краткие сведения об анатомо-физиологических закономерностях функционирования нервной системы и физиологии высшей нервной деятельности.

Большое значение в установлении фактов возбудимости и проводимости нервной системы сыграли физиологические работы Рене Декарта (XVII в.), которые в дальнейшем привели к использованию электрофизиологических методик исследования проведения импульсов в нервной системе. Одной из наиболее сложных проблем, привлекавших внимание исследователей, являлось определение природы основных нервных процессов: возбуждения и торможения (задерживания). Особенно большие споры вызывал вопрос о природе тормозного процесса в коре головного мозга, сущность которого одни ученые рассматривали как состояние покоя клетки, другие – как особый вид возбуждения.

Большая заслуга в деле изучения проблемы возбуждения и торможения в коре головного мозга принадлежит И.М. Сеченову. В 1862 г. Сеченов проводит ряд убедительных экспериментальных исследований по изучению природы торможения и доказывает, что торможение в головном мозгу – это активный процесс, задерживающий возбуждение. Результаты этих исследований в концентрированном виде были изложены в книге «Рефлексы головного мозга». Сеченов доказал, что торможение присуще не только периферии нервной системы, но характерно и для центральной нервной системы. И.М. Сеченов подчеркивал, что все психические явления по своей природе являются рефлексами головного мозга. Психическая деятельность невозможна без раздражения органов чувств. Все акты сознательной и бессознательной жизни по способу происхождения являются рефлекторными. Таким образом, Сеченов утверждал основное положение о том, что содержанием психики человека является материальный мир, отраженный в форме его ощущений, представлений, понятий.

И.П. Павлов (1849–1936), один из величайших естествоиспытателей конца XIX – начала XX в., разработал вопросы физиологии больших полушарий. Учение И.М. Сеченова и И.П. Павлова о высшей нервной деятельности построено на рефлекторном принципе. Под рефлексом подразумевается ответная реакция организма на раздражение внешней и внутренней среды. В основе рефлекторной теории лежат основные принципы:

–*Принцип детерминизма* заключается в том, что каждое явление имеет свою причину возникновения, определенный толчок, повод для своего развития. Отсюда подлинно научное исследование того или иного явления должно, прежде всего, выяснить причины его происхождения;

–*Принцип структурности.* Утверждая, что физиологической основой высшей нервной деятельности является образование нервных связей (условных рефлексов), отражающих внешний мир, Павлов вместе с тем приурочивал образование условных рефлексов к структурам и системам мозга, которые в каждом нервном акте вступают в новые функциональные отношения;

–*Принцип анализа и синтеза.* Кора больших полушарий принимает бесчисленное количество различных раздражений внешнего мира и внутренней среды. Это вызывает необходимость вначале дифференцировать при помощи анализа комплекс поступающих раздражений. Вместе с тем, для регулирования всех процессов, протекающих в теле, для создания целесообразных форм адаптации к внешней среде необходимо обобщение раздражения, выделенных анализом, т. е. синтез. Таким образом, путем анализа нервная связь может делиться на части. Синтез же вызывает объединение многих связей в целостную функциональную систему. Анализ и синтез являются основными физиологическими механизмами корковой деятельности.

И.П. Павлов подчеркивал, что кора головного мозга получает раздражения, как из внешней среды, так и от внутренних органов, что обуславливает единство соматического и психического. В исследованиях академика К.М. Быкова (1947) была экспериментально подтверждена связь коры головного мозга с внутренними органами. В коре больших полушарий локализуется так называемый интерорецепторный анализатор, который принимает сигналы о состоянии внутренних органов. Эта область коры условно рефлекторно связана со всем внутренним строением организма. Факты повседневной жизни подтверждают эту связь. Примером могут служить случаи, когда психические переживания сопровождаются различными ощущениями во внутренних органах. Так, при волнении, страхе человек обычно бледнеет (спазм кровеносных сосудов), нередко испытывает неприятное ощущение в сердце («сердце замирает»), или в желудочно-кишечном тракте возникают диспептические явления и т. п. Связь коры и внутренних органов двусторонняя. Поэтому первичные нарушения деятельности внутренних органов могут угнетающе действовать на психику, вызывая тревогу, снижая настроение, ограничивая работоспособность. Установление кортиковисцеральных связей (кора и внутренние органы) является одним из важных достижений современной физиологии и имеет большое значение для клинической медицины.

Кора больших полушарий является скоплением нервных окончаний различных анализаторов. В местах поступления импульсов образуются очаги возбуждения, вокруг которых формируются зоны торможения. Смена различных раздражений, положительных и отрицательных, сопровождается образованием условных связей. Так формируется определенная функциональная условно-рефлекторная динамическая система, являющаяся физиологической основой психики (П.К. Анохин, 1980).

Основные процессы, происходящие в нервной системе – это возбуждение и торможение. Возбуждение является активным процессом, возникающим в клеточных элементах коры при действии на нее раздражителей внешней и внутренней среды. Здесь образуются активные химические элементы и электрические импульсы, благодаря которым происходят определенные связи между нервными клетками.

Торможение тоже активный процесс, но его задача сдерживать возбуждение в определенных рамках. И.П. Павлов придавал большое значение тормозному процессу, который регулирует деятельность возбуждения, «держит его в кулаке». В процессе исследования И.П. Павловым было выделено несколько видов торможения:

Внешнее торможение – это врожденный механизм, в основе которого лежат безусловные рефлексы, действует сразу и может подавлять условно-рефлекторную деятельность. Это рефлекс «что такое?», рефлекс на новизну, неожиданность, так называемый «ориентировочный рефлекс». Внешнее торможение называется гаснущим, потому что если

действие внешних раздражителей будет многократно повторяться, то человек (животное) уже как бы «привыкает» к ним и они утрачивают свое тормозящее действие.

Внутреннее торможение является приобретенным механизмом, основанным на действии условных рефлексов. Оно формируется в процессе жизни, воспитания, труда. Этот вид активного торможения присущ только большим полушариям. В период бодрствования при активном участии коры больших полушарий торможение принимает участие в регуляции возбудительного процесса, носит дробный характер. Ночью внутреннее торможение иррадирует (растекается) по коре больших полушарий и обуславливает физиологически нормальный сон.

Внутреннее торможение подразделяется на угасательное, запаздывающее, дифференцировочное и охранительное.

Угасательное торможение возникает в случаях отсутствия подкрепления условно-рефлекторных раздражений и обуславливает ослабление эффекта выработанного условного рефлекса. Однако рефлекс не исчезает совсем, а только притормаживается, и может в определенных условиях при подкреплении вновь появиться. Угасательное торможение лежит в основе забывания. Если длительное время не повторять какой-то материал по программе, то пройденное в прошлом забывается.

Запаздывающее торможение обусловлено изменением в порядке подачи распоряжений (раздражений) при выработке условного рефлекса. Механизм запаздывающего торможения лежит в основе таких свойств человеческого поведения, как выдержка, умение сдерживать тот или другой вид психических реакций, нецелесообразность в смысле разумного поведения.

Дифференцировочное торможение возникает при не подкреплении раздражителя, близкого к прикрепляемому условно, и обеспечивает выработку тончайших различий условного рефлекса, лежащих в основе формирования высших форм психической деятельности – логического мышления, восприятия и воспроизведения членораздельной речи, музыкальных произведений и сложных трудовых движений.

Охранительное (запредельное) торможение еще называют физиологическим. Оно возникает в клетках больших полушарий мозга в случаях их истощения (физическое и психическое перенапряжение, травмы, различные заболевания) и проявляется в виде сна. Этот вид активного торможения называется целебно-охранительным или запредельным и имеет преимущественно врожденный защитный характер.

И.П. Павлов уделил в своих работах большое значение проблеме сна, раскрыв его механизмы. Он показал, что торможение от полного бодрствования до глубокого сна проходит три фазы: *уравнительную, парадоксальную и ультра-парадоксальную*, после которой наступает глубокий сон. И.П. Павлов считал, что сновидения могут быть только в парадоксальной или ультра-парадоксальной фазе. Все фазы торможения, по Павлову, наступают при засыпании и пробуждении (в обратном порядке). В течение ночи степень торможения не изменяется.

П.К. Анохин (1980) дополнил учение И.П. Павлова о фазовых состояниях сна, показав, что у человека в течение ночи глубина торможения ослабевает каждые 60–90 мин, достигая ультра-парадоксальной, парадоксальной или уравнительной фазы. В этот момент человек может ощутить болевые участки в теле или шум в окружающей обстановке, при сильном раздражителе он может проснуться, проверить все ли вокруг спокойно или попросить о помощи. В тех случаях, когда все спокойно и ничто не угрожает, человек снова засыпает, сон углубляется. Таким образом, в течение ночи сон ослабевает несколько раз. Если глубина торможения остается на уровне фазовых состояний (парадоксальной или ультра - парадоксальной), когда человека что-то тревожит (больной пункт), то ему снятся сны, в которых он сам или другие люди принимают участие в событиях. После просыпания человек рассказывает о своих снах и трактует их как о своих предчувствиях.

Концепция об охранительном торможении, созданная И.П. Павловым, объясняет механизм целого ряда сложных расстройств, имеющих место при различных нервных и психических заболеваниях. Процесс охранительного торможения выполняет целебную роль не только при функциональных, но и органических поражениях нервной системы.

Необходимо подчеркнуть, что возбуждение и торможение обладают особыми свойствами, закономерно возникающими при осуществлении этих процессов, а именно: иррадиацией и концентрацией.

Иррадиация – это способность возбуждения или торможения растекаться по коре больших полушарий.

Концентрация – это противоположное свойство, т. е. способность нервных процессов собираться, концентрироваться в одном каком-либо пункте. Оба процесса постоянно взаимодействуют между собой. Характер иррадиации и концентрации зависит от силы раздражителя: при слабом раздражителе происходит иррадиация как возбудительного, так и тормозного процессов, при оптимальном раздражителе происходит концентрация, а при слабых раздражителях – опять иррадиация. Чередование пунктов возбуждения и торможения, обусловленное механизмом взаимной индукции, сопровождается формированием многочисленных цепей условных рефлексов и представляет собой основные механизмы физиологии мозга. Господствующий очаг (рабочее поле, куда приходит раздражение), доминанта являются физиологическим механизмом нашего сознания.

Принцип доминанты, описанный А.А. Ухтомским, состоял в том, что в нервную систему одновременно приходит большое количество раздражений, различных по силе и локализации. Более сильные импульсы привлекают к себе более слабых или подавляют их. Так, например, во время урока ученику захотелось есть. Голод – это сильный раздражитель, но он подавляется сознанием дисциплины, необходимости ждать конца урока. При слабой тормозной реакции ученик во время урока начинает что-то жевать. Однако пункт возбуждения не остается на одном месте, а перемещается по коре больших полушарий в зависимости от характера деятельности человека, опосредованной влиянием внешних и внутренних раздражителей.

Действующие раздражители многообразны по своей силе и действию. Одни из них одноразовые, случайные, другие – часто встречаются или являются постоянными, образуя определенные функционально-динамические системы. Если комплекс действующих раздражений приобретает периодичность, и они поступают в определенном порядке в течение одного и того же времени в кору головного мозга, то вырабатываемая система условных рефлексов отличается большой стойкостью. Эту систему И.П. Павлов назвал «*динамическим стереотипом*».

Для нормальной жизнедеятельности человека с раннего детского возраста необходимо формировать определенный биоритм – это чередование бодрствования и сна. Режим должен предусматривать достаточное время (с учетом возрастных особенностей) для всех необходимых элементов жизнедеятельности ребенка (сон, прогулки, занятия) и при этом на протяжении бодрствования предохранять организм от чрезмерного утомления. Строгое соблюдение режима дня, проведение всех составляющих его элементов в определенной последовательности способствует возникновению у детей прочных условных связей, т. е. *динамический стереотип*. Нервная система быстро привыкает к определенному биоритму всех жизненных процессов. Нарушение биоритма, срыв упроченных связей, может болезненно отразиться на ребенке, привести к явлениям невротических реакций. Это особенно заметно, когда в детский сад приходят дети, не подготовленные к новому режиму. *Переделка стереотипа* (необходимость выполнения режимных моментов, дисциплина) вызывает у многих детей срыв высшей нервной деятельности, проявляющиеся в негативизме, невротических реакциях, заикании. Выработка стереотипа связана с определенным нервным трудом. В практической жизни хорошо известно значение

выработанной функционально-динамической системы (стереотипа) – это наши привычки, навыки, определенные формы поведения, вопросы обучения. Изменение привычного образа жизни (смена детского сада, школы, приспособление к новому коллективу) приводит к ломке стереотипа, иногда болезненной.

Использование системности корковых функций исключительно важно в деле воспитания и обучения детей. Разумное, но неуклонное и систематическое предъявление ребенку ряда определенных требований обуславливает прочное формирование общекультурных, санитарно-гигиенических и трудовых навыков.

Рассматривая физиологию больших полушарий мозга, необходимо подчеркнуть значение работ И.П. Павлова о сигнальных системах как физиологических механизмах познания реальной действительности. Процесс уравнивания организма с внешней средой осуществляется в результате поступления сигналов различной сложности, как из внешней, так и из внутренней среды. В результате действия этих сигналов человек меняет формы приспособления к условиям реальной действительности. Форма восприятия, осуществляемая на основе непосредственных сигналов, попадающих на анализаторы, получила название первой сигнальной системы. Однако для человека, пользующегося речью, соответствующее слово заменило непосредственные раздражители. Поэтому «слово» И.П. Павлов назвал второй сигнальной системой. Особенность человека состоит в том, что он познает окружающую действительность при помощи первой и второй сигнальными системами, которые находятся между собой в тесном взаимодействии. *Первая сигнальная система* связана с развитием конкретного, образного мышления (что связано с преимущественной деятельностью правого полушария). *Вторая сигнальная система*, т. е. слово, речь, связана с отвлеченным, абстрактным мышлением, что свойственно только человеку (функция преимущественно левого полушария). Вторая сигнальная система регулирует первую сигнальную систему. Однако отрыв второй сигнальной системы от первой приводит, в свою очередь, отход от реальной действительности. Нарушение взаимодействия сигнальных систем может обусловить неправильное отражение внешнего мира и служить причиной развития некоторых психических расстройств.

При проведении исследований, И.П. Павлов обратил внимание на различную реакцию животных во время эксперимента и после него. Эти наблюдения разрешили Павлову выделить 4 типа нервной деятельности, положив в их основу силу, подвижность и уравновешенность нервных процессов и сопоставил их с типами характера (темперамента) по Гиппократу. Так, выделились следующие типы высшей нервной деятельности:

- сильный, уравновешенный, подвижный тип (сангвиник);
- сильный, уравновешенный, но несколько инертный тип – спокойный, медлительный (флегматик);
- сильный, неуравновешенный тип, с преобладанием возбуждательного процесса, возбудимый, безудержный (холерик);
- слабый, неуравновешенный тип, характеризующийся быстро наступающей тормозимостью (меланхолик).

Особенности типов высшей нервной деятельности проявляются уже в детском возрасте. Изучением данной проблемы занимался Н.И. Красногорский. Он показал, что для *детей-сангвиников* типичны оптимальная возбудимость и высокая подвижность корковых процессов. Дети этого типа обладают живым темпераментом, у них преобладает бодрое настроение, их отличает хорошая трудоспособность. Речь у них обычно громкая, отчетливая, сопровождается живыми жестами, выразительной мимикой. Эти дети образуют многочисленные речевые связи. Они склонны к эмоциональному возбуждению.

Дети флегматического склада характеризуются повышенными тормозными реакциями. Они сдержаны, удовлетворяют всем требованиям внешней среды, хорошо учатся. Речь

несколько медлительная, спокойная. Жесты и мимика недостаточно выражены. Эмоции сдержаны.

Дети холерического склада характеризуются повышенной возбудимостью за счет недостаточной регуляции подкорковых образований. Повышенная возбудимость особенно резко выступает при необходимости преодолеть какие-либо трудности. Дети этого типа обычно учатся удовлетворительно, приспособительные реакции к дисциплине школы формируются слабо, они часто конфликтуют с товарищами и педагогами. Воспитание их затруднено.

Для детей, относимых к *меланхолическому (слабому) типу*, высшая нервная деятельность характеризуется повышенной тормозной реакцией. Дети меланхолического типа не переносят сложных и продолжительных занятий, они быстро утомляются и впадают в состояние застойного торможения, напоминающее сон. Речь их тихая, замедленная, отмечается бедный активный словарь. На почве слабого типа нервной деятельности легко возникают различные функциональные расстройства (неврозы и психозы).

Наряду с выделением четырех типов высшей нервной деятельности, которые получил И.П. Павлов при экспериментальных исследованиях на собаках, он считал необходимым определить типы людей в зависимости от преобладания первой или второй сигнальных систем. Основываясь на взаимодействии сигнальных систем, И.П. Павлов выделял среди людей три типа: художественный, мыслительный и средний. К *художественному* типу относились люди, у которых в процессе мышления преобладала первая сигнальная система и отмечалась большая степень вовлечения подкорковых образований. В связи с этим мышление таких людей носило образный, конкретный характер и сопровождалось большой эмоциональной реакцией. *Мыслительный, или философский*, тип характеризовался преобладанием второй сигнальной системы. Таким людям больше свойственно абстрактное, отвлеченное мышление, а отсюда своеобразные особенности поведения: неприспособленность к практической жизни, у некоторых представителей этого типа отмечается недостаточный учет реальной действительности, стремление жить в мире идей. У людей *среднего* типа, к которому по Павлову относится большинство людей, какого-либо преобладания тех или других особенностей не отмечается. Выявление типов высшей нервной деятельности имеет большое значение для определения клиники нервно-психических расстройств.

Детская невропатология и психиатрия, изучающие различные патологические состояния, рассматривают вопросы компенсации нарушенных функций. Учение о *компенсации*, т. е. о полном или частичном восстановлении той или иной нарушенной деятельности организма путем замены утраченной или ослабленной функции другими системами организма, имеет большую историю. В иностранной литературе преобладали идеалистические концепции. Ряд теорий в области психической компенсации касался изучения возможности замены какой-либо ослабленной функции другой, более высокого порядка (например, слабая память компенсируется опосредованным запоминанием и т. п.). Вместе с тем, научное разрешение вопроса о компенсаторных возможностях мозга требует выявления механизмов компенсации.

В работах отечественных ученых проблемы компенсации рассматривались с материалистических позиций. Академик И.П. Мержеевский в своей работе «К вопросу о патологической анатомии идиотов» писал о том, что, молодые, незрелые нервные клетки с едва намечившейся пирамидной структурой, могут под влиянием благоприятных условий преобразоваться в зрелые клетки, повышая мозговую деятельность. Однако только созданное И.П. Павловым учение о высшей нервной деятельности дало возможность подойти к решению проблемы компенсации с анатомо-физиологических позиций. В труде «Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности» И.П. Павлова дается характеристика структурных возможностей материальной основы компенсаторных

процессов, а также доказана нейродинамическая деятельность мозга, материальную сущность которой представляет система временных связей. Касаясь вопроса о пластичности нервной системы и ее способности к развитию, усовершенствованию, И.П. Павлов указывал, что ничто не остается неподвижным, неподатливым и всегда может измениться к лучшему, если будут осуществлены соответствующие условия.

Процесс развития ребенка, перенесшего те или другие виды поражения нервной системы, отличается большим своеобразием и идет с включением компенсаторных механизмов. Наиболее распространенной формой компенсации является замещение путем перестройки нарушенных функций. Все случаи восстановления нарушенных процессов речи, письма и чтения происходят с помощью новых функциональных систем, так же как и случаи компенсации основного дефекта при слепоте, глухоте, нарушении речи.

Важнейшей особенностью детского и подросткового возраста является непрерывный и неравномерный процесс развития и созревания структур и функций всего организма, в том числе и центральной нервной системы. Эта особенность характерна и для психического развития, которое происходит в результате контактов ребенка с окружающей средой. Становится понятным, что нарушения психической сферы, возникающие при различных заболеваниях, представляют сложное выражение расстройств биологического и социального характера. Методологическую основу изучения возрастных особенностей психических заболеваний у детей составляют эволюционно-динамический подход и принцип единства биологического и социального в процессе формирования личности человека (В.В. Ковалев, 1979).

Педагогу и воспитателю важно хорошо знать потенциальные возможности ребенка, посещающего детский коллектив, его трудности, чтобы умело организовать воспитание и обучение, осуществляя дифференцированный подход, с целью наибольшего продвижения каждого воспитанника.

2.2. Эволюционно-динамический подход

Эволюционно-динамический, или онтогенетический, подход представляет основу понимания эволюционной теории Ч. Дарвина о развитии животного мира. Единство биологического и социального в процессе формирования человека, как социального существа, происходит за счет непрерывного взаимодействия социально-психических явлений с природно-психическими, которые в человеке тесно связаны с нейрофизиологическими механизмами (В.В. Ковалев).

В процессе *эволюции человека* и его исторического общественного развития ведущее значение приобрели социально-психические явления, что способствовало выделению человека из животного мира. Общая закономерность замещения и поглощения биологического и тесно связанного с ним природно-психического качественно более высоким социально-психическим отчетливо проявляется в онтогенезе человека: *преобладающие в психике ребенка раннего возраста такие природно-психические явления, как элементарные потребности в еде, сне, непосредственно связанные с инстинктами, примитивные эмоции удовольствия и неудовольствия, ма-лодифференцированные проявления темперамента, с возрастом постепенно оттесняются социально-психическими.* Этот переход от низшего к высшему представляет основное направление в развитии психики человека.

Ведущая движущая и организующая роль в осуществлении этого направления в развитии психики ребенка принадлежит *воспитанию* в широком смысле слова, а также фактору *социального наследования*. Как считают А. Валлон (1967), Н.П. Дубинин (1972), только воспитание человека, развитие у него способностей к творческому восприятию всех достижений материальной и духовной культуры, обобщенных в социальной программе, создают личность человека. Принимая во внимание общий характер закономерности

соотношения биологического и социального в человеке как биосоциальном существе, необходимо учитывать, что эта закономерность сохраняет свое значение, как в условиях здоровья, так и в условиях болезни, в особенности психической, которая вносит существенные изменения в соотношения биологического и социального в человеке.

Под влиянием психического заболевания выявляется временный или более стойкий сдвиг во взаимоотношениях между природно-психическим и социально-психическим с усилением природно-психических явлений. Такой сдвиг значительно легче и быстрее происходит в более раннем возрасте, что связано с недостаточной зрелостью и относительно меньшей устойчивостью социально-психических образований. Конкретным выражением подобного сдвига соотношений в психике могут быть патологическое усиление влечений, инстинктивных потребностей, низших эмоций при некоторых типах формирующихся психопатий и психопатоподобных состояний различного происхождения; явления регресса психики с возникновением различных расстройств поведения, свойственных значительно более ранним этапам онтогенеза: двигательные стереотипии, эхопраксии, эхолалии, моторные автоматизмы, мутизм, общее двигательное застывание, временная или стойкая утрата двигательных навыков и навыков опрятности, возобновление лепетной речи, появление повышенной боязливости и готовности к страхам, которые наблюдаются при шизофрении, реактивных состояниях, органических поражениях головного мозга.

Другой вид изменения соотношения между социальным и биологическим имеет место при различных типах общего и психического дизонтогенеза (нарушение развития), который выражается в различных ограничениях темпа, сроков развития психики в целом и ее отдельных составных частей, а также в нарушении состояния компонентов развивающейся психики ребенка и подростка. *Основными клиническими типами дизонтогенеза психики считаются ретардация* (запаздывание или приостановка развития всех сторон или преимущественно отдельных компонентов психики) и *асинхрония развития* (неравномерное, диспропорциональное психическое развитие), при котором одни компоненты психики развиваются со значительным опережением, а другие запаздывают, либо происходит усиленное развитие отдельных свойств формирующейся личности, характера, которое ведет к дисгармонии (Г.Е. Сухарева, 1959; В.В. Ковалев, 1976).

Ретардации являются характерными для умственной отсталости (олигофрении) и так называемых задержек психического развития, включая состояния общего и парциального психического инфантилизма. В этих случаях запаздывает переход от более простых, преимущественно природно-психических свойств, к более сложным – социально-психическим. Недостаточность социально-психических функций проявляется в несформированности познавательной деятельности. Единство биологического и социального при ведущей роли биологического проявляется при всех вариантах ретардации, включая умственную отсталость (олигофрению).

При *асинхронии* развития, как одной из форм дизонтогенеза, свойственной психопатиям в период их становления, и отчасти шизофрении детского возраста, происходит неравномерное развитие компонентов и свойств психики ребенка, усиливаются или болезненно обнажаются природно-психические компоненты и явления, например, темперамент, влечения и потребности, опирающиеся на инстинктивные механизмы. В то же время социально-психические компоненты психики (запас знаний, отвлеченное мышление, направленность личности, высшие интересы, нравственные установки) могут развиваться с той или иной степенью опережения (*акселерация*).

Общими закономерностями взаимоотношения социального и биологического в группе «диспропорционального» развития можно считать:

–большую зависимость направления изменений социально-психических компонентов от нарушенных природно-психических проявлений, а через них – от патологических, т. е. биологических механизмов данного вида нарушения;

–выраженную реакцию личности на нарушение природно-психических свойств, возникающую в процессе отношений такой аномальной личности с социальным окружением.

Эволюционно-динамический подход к изучению возрастных особенностей разрешает лучше понять негативные и позитивные психопатологические симптомы. *Негативными симптомами* называют симптомы стойкого или временного выпадения психических функций, тогда как *позитивные (или продуктивные) психопатологические симптомы* представляют собой качественно новые, болезненные психические образования, связанные с возбуждением сохранных механизмов мозга. К негативным симптомам относятся нарушение осмысления, снижение памяти, психической активности, эмоционального ограничения и т. п. Продуктивными симптомами являются бредовые идеи, галлюцинации, иллюзии, аффективные расстройства типа маниакальных и депрессивных состояний и др.

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

В основе *негативных* дизонтогенетических симптомов лежат задержка или искажение развития нервно-психических функций, к проявлениям которых относятся симптомы приостановки и задержки темпа развития познавательных функций, в том числе мышления, являющиеся главным выражением синдромов умственной отсталости и пограничных состояний интеллектуальной недостаточности: симптомы недоразвития и задержки развития речи; явления задержки развития психомоторных функций, включая так называемую «моторную дебильность», «моторный инфантилизм», церебрально-двигательную, экстрапирамидную, фронтальную моторную недостаточность (М.О. Гуревич, Н.И. Озерецкий, 1930), а также формы частичной моторной недостаточности, например, недостаточность тонкой ручной моторики. Негативные дизонтогенетические симптомы, связанные с механизмом искажения развития психики, включают, главным образом, различные проявления диспропорционального развития темперамента, влечений, инстинктивных потребностей и эмоционально-волевых свойств формирующейся личности ребенка и подростка (Г.Е. Сухарева, 1974). К ним также относятся симптомы, входящие в структуру невропатических расстройств, синдромов раннего детского аутизма, проявлений дизонтогенеза психики, предшествующего части случаев шизофрении детского возраста, а также нарушения темперамента, влечений и характера при психопатиях.

Вопросы для самостоятельной работы:

1. В чем заключается связь среды и организма?
2. Расскажите о значении работ И.М.Сеченова и И.П. Павлова по физиологии высшей нервной деятельности.
3. Что представляет собой принцип доминанты А.А. Ухтомского?
4. Объясните значение компенсации нарушенных функций.
5. Расскажите о значении условных и безусловных рефлексов.
6. Какие основные нервные процессы происходят в коре головного мозга?
7. Расскажите о принципах деятельности нервной системы.
8. Как взаимодействуют между собой кора и внутренние органы?
9. Опишите типы высшей нервной деятельности по И.П. Павлову.
10. Каково значение работ Н.И. Красногорского по изучению формирования типов высшей нервной деятельности и опишите их особенности на примере детей детского сада?
11. Расскажите о фазах сна и объясните значение сна для человека.

12. Опишите значение биоритма для детского организма.
13. Значение биологического и социального в развитии психических функций у ребенка в норме и патологии.
14. Содержание, особенности и значение возрастных кризов в развитии ребенка.
15. Охарактеризуйте все типы ВНД и приведите примеры предполагаемого поведения детей дошкольного возраста с каждым типом нервной деятельности.
16. Назовите факторы здоровья и болезни, причины возникновения болезненных состояний.

3 ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

3.1. Общие сведения о психических симптомах и синдромах

Общая психопатология рассматривает основные симптомы и синдромы психических расстройств. *Симптом* – это один из признаков отклонения в обычном состоянии человека. По одному симптому нельзя судить о какой-либо болезни. *Синдром* – это определенное сочетание симптомов, характерное для одного или нескольких заболеваний. Частная психопатология рассматривает заболевание целиком с его этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями и динамикой развития болезни, исходным состоянием и возможной профилактикой болезни или ее повторения.

3.1.1. Расстройства восприятия

Наиболее часто наблюдаемыми симптомами являются: гиперестезия, сенестопатии, дереализация, иллюзии и галлюцинации.

Гиперестезия — усиленное чувственное восприятие: большей яркости красок, четкости контуров, громкости звуков, обострения запахов. Наиболее часто гиперестезия наблюдается при отравлении наркотическими средствами. Противоположный вид расстройства — гипестезия (приглушение звуков, тусклость света, блеклость красок) наблюдается реже, при утомлении или снижении настроения (депрессии).

Сенестопатии — неприятные, тягостные, иногда мучительные ощущения в различных частях тела (жжение, покалывание, стягивание, скручивание и др.). Эти необычные ощущения нередко очень вычурно описываются больными. Сенестопатии весьма распространены в психиатрической практике. Они нередки при шизофрении и депрессивных эпизодах. Подчеркнем, что сенестопатии — неоформленные, непредметные ощущения в теле. В других случаях, когда пациенты, например, уверяют, что под кожей ползают насекомые, в животе вздуваются шары, шевелятся черви, говорят о тактильных или висцеральных галлюцинациях. Сенестопатии подвергаются обычно мыслительной обработке, пациенты считают, что они тяжело больны, организм сгнил, или же уверяют, что их ощущения — следствие воздействия посторонних сил или недоброжелателей.

Дереализация — ощущение изменения и отчуждения окружающего мира, его нереальности и неестественности. При этом пациенты никогда не указывают, что изменилось конкретно. Типичны высказывания: все изменилось, отодвинулось, все стало мертвым, безжизненным, будто нарисованным, все воспринимается как сквозь туман или толстое стекло и т. п. К дереализации относятся также ощущения изменения течения времени и феномены *deja vu*, когда незнакомая обстановка кажется уже виденной, и *jamais vu*, когда знакомая обстановка ощущается увиденной впервые (дословный перевод — никогда не виденное).

Дереализация очень редко возникает при резком утомлении, часто при органических поражениях головного мозга, а также в начальной стадии шизофренического процесса. В последних случаях отмечается и чувство изменения собственного «Я» (см. ниже).

Расстройство «схемы тела» — ощущение изменения формы и величины тела, или соотношения его частей, или формы и величины какой-то части тела. Пациенты, например, говорят, что тело стало большим, тяжелым или легким, невесомым; голова заполняет всю комнату, руки неимоверно удлинились. Это нередко сочетается с ощущением изменения формы и величины окружающих предметов (*метаморфопсии*). Расстройства схемы тела и метаморфопсии наблюдаются при органических поражениях мозга или вследствие токсического воздействия на мозг. Осмотрев себя в зеркале, пациент, как правило, убеждается в ошибочности самовосприятия, но расстройства «схемы тела» вновь возникают, лишь только пациент отойдет от зеркала или закроет глаза.

Иллюзии — искаженное, ошибочное восприятие реальных предметов. При этом в отличие от метаморфозиса речь идет не об изменении формы и величины предмета, а о качественно ином его восприятии. Так, при сильном страхе, волнении у человека, идущего по темному лесу, куст воспринимается как разбойник с ножом; качающаяся штора у человека, боящегося одиночества и темноты, — как движения повешенного или скелета. Иллюзии подразделяют на зрительные и слуховые. *Зрительные* иллюзии нередко носят фантастический характер: так, при интоксикациях наркотиками или в начале развития алкогольного делирия на месте трещин, неровностей стен пациент видит причудливые растения, цветы, маски, ползущих змей. Это так называемые *парейдолические* иллюзии. При *слуховых, вербальных* иллюзиях пациент в разговорах окружающих, радио- или телевизионных передачах слышит оклики, комментарии его поведения или угрозы в свой адрес.

Галлюцинации — наиболее четко определяются как «восприятие без объекта», то есть человек видит, слышит, ощущает то, чего в реальной действительности не существует.

Разновидностей галлюцинаций очень много, и они классифицируются по многим признакам. Так, выделяют *элементарные* галлюцинации — видение вспышек света, искр в поле зрения или слышание звуков, гула, треска. Элементарные галлюцинации беспредметны.

Галлюцинации традиционно относят к тому или иному из органов чувств и выделяют зрительные, слуховые, тактильные, обонятельные и вкусовые. *Зрительные* галлюцинации могут иметь сложный, сценopodobный характер, вызывать восторг, интерес, если пациент видит экзотические земли, города, миражи, совершает космические путешествия, скитается в межзвездном пространстве; но чаще они носят устрашающий характер — пациент в состоянии так называемой белой горячки видит страшных животных, людей, подбирающихся к нему с ножами. *Слуховые* галлюцинации также большей частью носят неприятный для пациента характер: больной слышит, как голоса обсуждают, комментируют его поступки, ругают и осуждают его.

При этом наиболее опасны «императивные галлюцинации», когда голоса приказывают пациенту покончить с собой или совершить агрессивный поступок. *Тактильные* галлюцинации могут выражаться в ощущении пробегания по телу насекомых или пролитой на тело жидкости, они с трудом отличимы от сенестопатий. *Обонятельные* и *вкусовые* галлюцинации всегда вызывают отрицательные эмоции; пациент ощущает запах смрада, гнили; вкус пищи кажется отвратительным. Галлюцинации (как и сенестопатии), как правило, сочетаются с бредовыми идеями, что будет подробнее изложено в соответствующем разделе.

Галлюцинации также подразделяют на *истинные* и *ложные*. Последние чаще называют псевдогаллюцинациями. Приводим их основные отличительные признаки:

1. Истинные галлюцинации воспринимаются вовне, в окружающем пациента пространстве, помещении. Псевдогаллюцинации проецируются внутри тела пациента, чаще всего в его голове («в голове показывают картины»; «звучат внутри божественные и сатанинские голоса»), или же в «особом поле», отличимом от реальной обстановки.

2. Истинные галлюцинации для пациента ничем не отличаются от реального восприятия (пациент в состоянии, например, инфекционного делирия видит вооруженных бандитов и пытается от них убежать или закрывается одеялом; с голосами пациент вступает в общение, отвечает им, пытается оправдаться). Псевдогаллюцинации пациент всегда отличает от реальности, они воспринимаются как нечто навязанное, насильственное, сделанное, подстроенное. Типичные заявления: «мне сделали голоса», «с помощью особых аппаратов мне наводят звучащие мысли», «мне подстроили так, что голоса говорят моим языком». Однако для больного это тоже своего рода реальность.

Псевдогаллюцинации почти всегда являются симптомом шизофрении.

3.1.2. Расстройства мышления

Различают расстройства ассоциативного процесса и патологическую продукцию мышления.

Приводим наиболее распространенные **расстройства ассоциативного процесса**.

Ускорение мышления — мысли текут быстро, их много, речь ускорена, пациент говорит почти непрерывно и, поскольку он не успевает выразить в речи всю мыслительную продукцию, постоянно перескакивает с одного предмета на другой, то есть ускоренное мышление непременно сопровождается отвлекаемостью. Характерно для маниакальных состояний.

Замедленность мышления — мысли текут медленно, тяжело, речь также замедлена, пациенты жалуются на плохую память и соображение. Характерно для депрессий.

Застойность мышления (также называемая обстоятельностью или вязкостью). При этом темп мышления и речи может быть не изменен, но пациент с трудом переключается с одной мысли на другую, а иногда застревает на деталях или на каком-то слове. Характерно для эпилепсии.

Пациент, страдающий эпилепсией, обращается к врачу: «Доктор, я опять со своей коленочкой. Как весна настает, так опять болит моя коленочка. Вот и сегодня утром я пошел к сестричке со своей коленочкой. Она была занята и не дала лекарство от коленочки. И потом все болела коленочка. Доктор, пропишите мне лекарство от коленочки...»

Резонерство (характерно для шизофрении) - это расстройство мышления характеризуется как бесплодное рассуждательство, бесцельное нанизывание слов, хотя фразы облекаются в правильную грамматическую форму.

Пациент при психологическом тестировании рассуждает: «Электрическая лампочка слишком пахнет цивилизацией. Цивилизация убила все, что осталось в человеке хорошего, в ней нет очевидности горения, накала нити...»

Паралогическое мышление — нарушение логики, когда пациент приходит к нелепым, необоснованным заключениям из посылок, сделанных в первой части фразы или суждения. Это расстройство также характерно для шизофрении.

«Минус — это печаль об утерянном».

«Я хочу спать. А поэтому научите меня, пожалуйста, музыке».

«На улице идет снег, потому что моей бабушке восемьдесят».

Разорванность мышления — это расстройство наблюдается в далеко зашедших случаях шизофренического процесса. Оно заключается в отсутствии связи между отдельными мыслями и словами; это расстройство иногда именуют «словесной крошкой» или «словесным салатом».

Обратите внимание, что при расстройствах, мышления, характерных для шизофрении (резонерство, разорванность, паралогическое мышление), грамматический строй фраз сохраняется и имеется тенденция к употреблению сложных, редко употребляемых слов. Иногда больные придумывают новые слова.

Бессвязность мышления — при этом виде расстройства также отсутствует связь между отдельными мыслями и словами, однако в этих случаях грамматический строй грубо нарушается, и речь представляет бессмысленный набор слов или фраз, их выкрикивание или шепот («Что... где... врач... часы... здесь... может быть...» и т. п.).

Бессвязность мышления наблюдается при глубоком помрачении сознания, например при психических расстройствах, обусловленных тяжелыми соматическими заболеваниями или инфекциями.

Переходим к **патологической продукции мышления**.

Сверхценные идеи (они также именуется доминирующими, или *idea fix*). Суждения пациента не носят нелепого характера, но приобретают особую значимость, заслоняют реальность и определяют все поведение человека.

Так, человек может необоснованно считать себя великим музыкантом, поэтом; человеком, способным на величайшее научное открытие или изобретение, что не соответствует реальности. В других случаях человек всю жизнь переживает свой небольшой или мнимый физический недостаток (оттопыренные уши, неправильную форму головы, чрезмерную полноту или худобу). Весьма нередко встречаются люди, чрезмерно подозрительные, усматривающие злокозненные намерения со стороны соседей, сослуживцев, определенных социальных или национальных групп. К этой категории относятся и «сутяги» — люди, посвятившие свою жизнь писанию жалоб во все более и более высокие инстанции, поскольку в низших их претензии не удовлетворяют. Критика к сверхценным идеям отсутствует или она нестойка. Эти идеи наблюдаются на фоне выраженной эмоциональной напряженности.

Бредовые идеи — это суждения и ложные умозаключения, носящие нелепый характер и совершенно неподдающиеся разубеждению. Разновидностей бредовых идей очень много, но обычно их подразделяют на три большие группы: бредовые идеи величия, бредовые идеи преследования, бредовые идеи самоуничтожения (Здесь хотим обратить внимание на неправильность выражений «мания величия» или «мания преследования». Под «манией» подразумевается иное расстройство).

1. **Бредовые идеи величия** могут заключаться в убеждении пациента в своей особой значимости, в своих исключительных способностях, в своей особой миссии на земле («посланник Бога на земле»), в своем высоком происхождении, богатстве. При далеко зашедшей болезни пациенты могут идентифицировать себя с известными историческими персонажами (Иисус, Ленин, Сталин и др.). При любовном эротическом бреде пациенты уверены в своей сверхчеловеческой привлекательности, сексуальности, возможностях, любви к ним известных в обществе особ; добиваются встречи с этими людьми, ставя себя в критическое положение.

2. **Бредовые идеи преследования** (разновидностей этого расстройства особенно много) — пациент может быть уверен, что все происходящее имеет к нему особое отношение, за ним пристально наблюдают, брезгливо смеются. Далее такие идеи сменяются уверенностью в слежке за ним, пациент считает, что его преследует шайка, банда, что все вокруг инсценировано; семья, больничные персонал вовсе не те, за кого себя выдают. Весьма распространены идеи отравления и физического воздействия, когда пациенты считают, что на них, на их мозг, внутренние органы воздействуют особыми лучами, реактивом, электричеством, лазером, или считают, что они околдованы, на них наводят порчу. Нередко наблюдаются бредовые идеи ревности, когда больные без всяких оснований обвиняют супруга или супругу в неверности, осуществляют за ними слежку, приклеивают бумажки к входной двери и утром проверяют их целостность и т. п. Пациенты в старческом возрасте часто высказывают бредовые идеи унижения и ущерба — уверяют, что родные (или медперсонал!) их постоянно обкрадывают, не кормят.

3. **Бредовые идеи самоуничтожения** выражаются в убежденности пациентов в своей греховности, виновности. Они придают своим мелким ошибкам или просчетам огромное значение, обвиняют себя в том, что погубили жизнь семьи, что принесли огромный вред обществу («...не понимаю, как меня земля держит... не надо меня лечить, меня надо убить...»). Бредовые идеи самоуничтожения, самообвинения обычно приводят пациентов к суицидным намерениям или действиям. Разновидностью этих расстройств является ипохондрический бред, бред болезни, когда пациенты уверены в своем тяжелом, неизлечимом заболевании, считают, что их органы сгнили, внутри ничего не осталось.

Бредовые идеи нередко сочетаются с галлюцинациями или псевдогаллюцинациями. Такие сочетания обозначают как галлюцинаторно-параноидный синдром. Ипохондрический бред сочетается обычно с сенестопатиями. При формировании яркого, эмоционально-насыщенного бреда без галлюцинаций говорят о паранойальном синдроме.

Навязчивые состояния (обсессии) заключаются в возникновении у человека мыслей, сомнений, воспоминаний, страхов, влечений, действий, от которых он никак не может избавиться, хотя понимает полностью их болезненность. Обсессии наиболее характерны для невротических расстройств. *Навязчивые мысли* проявляются в стремлении считать людей, попадающихся на улице, складывать номера домов, автомобилей, размышлять на никому не нужную тему («почему я мою руки»), вспоминать мелкие подробности прошлого.

Навязчивые сомнения (наблюдающиеся и у здоровых людей) включают постоянную неуверенность, например в том, выключен ли газ, свет, закрыт ли водопроводный кран, заперта ли дверь.

Навязчивые страхи (фобии) — весьма разнообразны: страх высоты, открытых пространств, закрытых пространств (клаустрофобия); страх поглощения пищи, внезапной смерти, заражения инфекционной болезнью; боязнь сердечного приступа и заболевания раком (кардио- и канцерофобия) или душевной болезнью. Нередко наблюдается страх возникновения или повторения страха, особенно в ремиссии (фобофобия).

Весьма мучительны — *навязчивые влечения*: желание оскорбить словом или действием какого-то человека, часто любимого члена семьи.

Навязчивые действия — весьма разнообразны: потирание рук, дерганье волос или выдергивание их, переставление предметов и др. Борясь с навязчивыми состояниями, пациенты часто придумывают себе специальные ритуалы — для того чтобы избавиться от навязчивых сомнений, закрыта ли дверь, дернуть ее с силой четыре раза; для того чтобы избавиться от навязчивого желания выругаться, повернуться вокруг своей оси и т. п.

3.1.3. 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 определенными зонами коры больших полушарий.

Под короткой памятью понимается способность к запоминанию, сохранению и воспроизведению информации через сравнительно короткое время после ее поступления. При отсутствии закрепления эта информация исчезает. При постоянном поддержании информации и ее 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 акцентуированных 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».

Криptomнезии (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.

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* (редублирующие 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 десятками 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 в окружающем 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 лишь 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, дисмнестическое, 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, выражение 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.

3.1.4. Эмоциональные расстройства

Все нарушения психической деятельности протекают на определенном эмоциональном фоне, но иногда эмоциональные расстройства являются ведущими.

Весьма распространенной является *эйфория* — повышенное настроение. Оно может сопровождаться ускорением мышления, двигательным оживлением или возбуждением, идеями переоценки собственной личности. Все это — признаки маниакального синдрома (рекомендуем прочитать монолог Хлестакова из гоголевского «Ревизора»). Признаки эйфории наблюдаются в большинстве случаев при алкогольном опьянении. В других случаях эйфория может сопровождаться ощущением блаженства, полной удовлетворенности, беспечности, невниманием к окружающему. Это свойственно наркотическому опьянению. Наконец, нередко отмечается просто постоянно повышенный эйфорический фон настроения — у пациентов с алкогольной зависимостью, при органических поражениях мозга, опухолях мозга.

Снижение настроения носит название *дистимия*, а резко сниженное настроение с ощущением тоски — *депрессия*. Иногда депрессия выражается в ощущении пугающего больного безразличия к окружающему, к родным, детям («я стал деревянным, как доска»). Классическая депрессия сопровождается замедлением мышления, двигательной заторможенностью, идеями самоуничтожения. Такое сочетание обозначается как депрессивный синдром. Состояния, в которых тоска для пациента особенно тяжела, ощущается находящейся в теле, в области сердца («душа ноет», «душа рвется наружу»), обозначаются как *меланхолический синдром*. Важно знать, что в таком состоянии двигательная заторможенность может совершенно внезапно смениться «взрывом тоски» и пациенты могут нанести себе повреждения или предпринять суицидную попытку.

Следует иметь в виду еще одно важное обстоятельство: мимика пациентов с душевными расстройствами далеко не всегда соответствует характеру переживания (как, впрочем, и у здоровых людей). Иногда, испытывая глубокую тоску, пациенты в состоянии депрессии усиленно улыбаются, шутят, стараются выглядеть как здоровые.

Депрессия может сопровождаться *чувством тревоги*, которая бывает для пациентов также непереносимой и часто ведет к суицидным попыткам. Страх, в отличие от тревоги, есть опасение чего-то конкретного. Психически больные нередко испытывают страх, например, при наплыве галлюцинаций в состоянии алкогольного делирия.

Как указывалось в предыдущем разделе, в структуре навязчивых состояний нередки и *фобии* — страх высоты, закрытых пространств и др. В отличие от депрессий *дисфории* включают не только тоску, но и злобу, которая нередко разряжается вспышками агрессии. Помимо тоски и злобности, пациенты часто испытывают страх. Дисфория характерна для эпилепсии, а также для определенного типа личностных расстройств (для психопатических личностей).

Взрывом злобности сопровождается и *патологический аффект* — неадекватно сильный разряд отрицательных эмоций в ответ на неблагоприятную ситуацию. При этом окружающее представляется больному неясным, он совершает агрессивные поступки, о которых потом забывает.

В результате некоторых патологических процессов у пациентов развивается эмоциональная тупость, *апатия* — безразличие к окружающему, к собственному положению, близким; холодность к ним. В отличие от депрессивных больных при развитии апатии, эмоциональной тупости пациенты никак ее не переживают. Апатия развивается в результате шизофренического процесса, при опухолях лобной доли и других поражениях мозга.

3.1.5. Волевые и двигательные расстройства

Эти два вида расстройств неразрывно связаны: воля, волевой акт обязательно находят свое выражение в движении, в двигательной активности, в осуществлении принятого решения.

Ослабление (отсутствие) волевой активности несет название *абулия*. При этом поражается первый из этапов волевого процесса — утрачивается побуждение, стремление достичь какой-то цели. Абулия неизменно и закономерно сопровождает апатию, безразличие к окружающему. Сочетание этих двух симптомов образует апатоабулический синдром, наиболее часто развивающийся при длительном шизофреническом процессе и при опухолях лобных долей головного мозга. Апатоабулический синдром, естественно, сопровождается двигательной заторможенностью, вплоть до полного отсутствия двигательной активности (ступора).

Другим видом волевых нарушений являются *импульсивные влечения и действия*. В отличие от навязчивых влечений (что изложено в данной главе в разделе «Расстройства

мышления») импульсивные влечения для пациентов непреодолимы, хотя по окончании импульсивных действий они понимают их болезненность. Перечислим наиболее часто наблюдаемые импульсивные влечения:

- *дромомания* — непреодолимое и ничем не мотивированное стремление к перемене мест, бродяжничеству;
- *дипсомания* (запой) — внезапное непреодолимое влечение к пьянству, которое иногда возникает у личностей, не употребляющих спиртное;
- *пиромания* — непреодолимое влечение к поджогам;
- *клептомания* — влечение к воровству. Наиболее часто наблюдается у истеричных, лживых, фантазирующих личностей.

Вообще же импульсивные влечения наиболее часто наблюдаются как следствие органических поражений мозга.

К вышеперечисленным расстройствам весьма близки *извращения инстинктивных влечений*. Так, медработники, занимающиеся душевными расстройствами в детском и подростковом возрасте, нередко сталкиваются с *анорексией* — утратой чувства голода и отсутствием желания потребления пищи. Анорексия - сложный феномен различного происхождения и будет рассмотрен более подробно в главе, посвященной детской психиатрии. Противоположным расстройством является *булимия* — усиление влечения к

пище, постоянный волчий голод. Булимия и анорексия нередко сменяют друг друга, но булимия в ряде случаев наблюдается и самостоятельно — при органических поражениях головного мозга и врожденной умственной отсталости.

Переходя к двигательным расстройствам, прежде всего отметим, что одним из наиболее частых психических нарушений является **двигательное возбуждение**. Оно может сопровождаться возбуждением и других сфер психической деятельности (эмоций, мышления и др.), тогда оно называется *психомоторным возбуждением*. Так, мы уже упоминали о двигательном возбуждении в структуре маниакального синдрома (вместе с эйфорией и ускорением мышления). Двигательное возбуждение сопровождает наплыв галлюцинаций (например, при алкогольном делирии или шизофрении) или развитие бредовых идей преследования (под влиянием устрашающих галлюцинаций, страха, уверенности, что замышляют его убийство, хотят изуродовать, превратить в другое существо и т. п., пациент обращается в бегство или совершает бессмысленные агрессивные поступки).

С другой стороны, в психиатрической практике наблюдается возбуждение и чисто двигательное. Таково, например, *ка-татоническое возбуждение*, заключающееся в бессмысленных перемещениях, стереотипном повторении одних и тех же слов и движений или повторении слов и жестов окружающих. При другом виде двигательного возбуждения — *гебефреническом* -характерно нелепо-дурашливое поведение (гримасничанье, кривляние, смех, нелепые шутки и т. п.).

Одним из наиболее частых двигательных расстройств является и **двигательная заторможенность**. Крайнее его выражение — ступор, полная обездвиженность. Резкая двигательная заторможенность, вплоть до ступора, может развиваться при депрессивном синдроме, вместе со снижением настроения и замедлением мышления. Как указано в этом разделе, значительная двигательная заторможенность характерна для апатобулического синдрома.

Вместе с тем кататонический *ступор* является чисто двигательным расстройством. Пациент в состоянии выраженного кататонического ступора лежит совершенно неподвижно, речь при этом также отсутствует; характерны отказы от пищи, и обеспечение питания пациента требует значительных усилий от медперсонала. Мышечный тонус чаще повышен, реже снижен, иногда не изменяется. Часто (но не обязательно) при кататоническом ступоре наблюдаются следующие феномены:

- негативизм — пассивное сопротивление любому воздействию (кормлению, переворачиванию в постели и т. п.) или выполнение действий, противоположных тем, которые от пациента требуются (убирание руки при попытке персонала поздороваться, а когда врач или другой медработник убирает руку — пациент протягивает ему свою);

- каталепсия — восковидная гибкость мышц, способность сохранить неопределенно долгое время придаваемую позу; тонус мышц при этом повышен;

- симптом воздушной подушки — пациент застывает с поднятой над подушкой головой.

К двигательным расстройствам, по сути дела, относятся судорожные и бессудорожные припадки, однако эпилепсия, при которой они наиболее характерны, сейчас излагается в курсе нервных болезней.

Деперсонализация

Это расстройство относится к нарушениям самосознания — полноценного ощущения своей личности, своего психического состояния. В норме самоидентификация, ощущение постоянства своего «Я» формируется в подростковом возрасте и заканчивается не позднее 14 лет. У ряда лиц, неуверенных, погруженных в себя, рефлексирующих, остается на всю жизнь тенденция копаться в себе, оценивать со стороны свои мысли и поступки, сомневаться и колебаться.

Деперсонализация выражается в ощущении изменения, отчуждения своего «Я». Это переживается пациентом крайне неприятно. Типичны заявления: «я стал другим... я исчез... я себя слышу со стороны... исчезло ощущение жизни». В других случаях ощущение измененности касается в большей степени собственного тела — «стало не тем... голова стала какой-то другой формы... я смешной, неуклюжий».

Деперсонализация наблюдается при ряде душевных расстройств, нередко такого рода переживаниями впервые заявляет о себе начинающийся шизофренический процесс. Нередко деперсонализация сочетается с депрессией. Испытывая тоску, пациенты заявляют, что стали «мертвыми, бесчувственными, ничего не переживающими, будто и не существующими». Такие депрессии относятся к наиболее тяжелым, трудно поддающимся терапии. Иногда деперсонализация сопровождается тяжелым переутомлением.

Деперсонализация нередко сочетается с дереализацией, когда ощущение неопределенного изменения собственной личности сочетается с чувством неопределенного изменения всего окружающего. Эти симптомы объединяются в деперсонализационно-дереализационный синдром.

3.1.6. Нарушения сознания

Симптомы нарушения сознания

Сознание — это высшая форма отражения действительности и умение целенаправленно воздействовать на нее.

Патология сознания сопровождается многие психические и тяжелые соматические заболевания, но во всех случаях она укладывается в пять синдромов нарушенного сознания: оглушение, делирий, онейроид, сумеречное помрачение сознания, амения. Появление этих синдромов свидетельствует об утяжелении клинической картины заболевания, это реакция мозга на ту или иную эндогенную или экзогенную вредность. Существует определенный регистр симптомов, общих для всех разновидностей синдромов помраченного сознания: отрешенность от внешнего мира, нарушение восприятия, нарушение мышления, нарушение памяти, дезориентировка. Лишь наличие всех этих симптомов в совокупности свидетельствует о помрачении сознания, ибо одно или два вышеуказанных состояния отмечаются и при ясном, ненарушенном сознании. *Отрешенность от внешнего мира* проявляется в нечетком и фрагментарном восприятии реальности, в утрате способности адекватно анализировать окружающую ситуацию, собственный опыт и делать соответствующие четкие выводы.

Дезориентировка выражается в нарушении ориентировки во времени, месте и даже и в собственной личности. Иногда у больных отмечается так называемая двойная ориентировка, когда пациент находится одновременно в двух ситуациях, местах. Он убежден, что лежит в московской больнице и одновременно пребывает в командировке на Сахалине, что он Иванов Иван Иванович в то же время «подопытный кролик», на котором испытывают «влияние космической пыли на биологические объекты Земли».

Происходящие вокруг больного события совсем не привлекают его внимания или воспринимаются неправильно, искаженно (иллюзорное или галлюцинаторное восприятие).

Нарушение памяти выражается в частичной или полной амнезии всего периода нарушенного сознания. *Нарушение мышления* — в бессвязности, замедленности темпа ассоциативного процесса, слабости суждения, появлении вторичного бреда. Повторимся: для констатации факта нарушения сознания необходимо установить все вышеуказанные критерии его помрачения, а не один или два из них. Так, например, дезориентировка и амнезия характерны для корсаковского синдрома, однако при нем никогда не бывает помрачения сознания.

Синдромы выключения сознания. К ним относят оглушенность, сопор и кому. Последние два изучаются и при прохождении других медицинских дисциплин.

Кома характеризуется отсутствием реакций пациента как на непосредственные (например, укол), так и на дистантные раздражители (например, голос). При этом отсутствуют зрачковые, роговичные и все другие рефлексy.

Сопор характеризуется почти полным отсутствием реакций на дистантные раздражители; однако примитивные реакции на непосредственные раздражители сохраняются (при уколе пациент шевелится, ненадолго открывает глаза, иногда поворачивает голову в сторону очень громкого звука). Зрачковые, роговичные, конъюнктивальные рефлексy сохраняются. Сухожильные рефлексy могут даже повышаться, и могут появляться патологические рефлексy.

Состояние оглушенности в психиатрической практике встречается чаще, чем сопор и кома.

Оглушенность (или оглушение) характеризуется затруднением и нечеткостью осмысления окружающего. Пациенты лежат неподвижно, на вопросы отвечают замедленно и односложно. Они иногда дают правильные ответы на вопросы о месте и времени пребывания, но через минуту на те же вопросы могут отвечать «не знаю». Ориентировка в собственной личности большей частью сохранена, иногда отмечается эйфория. Память грубо нарушена, пациенты не могут запомнить, что только что говорили, переспрашивают медперсонал. Иногда при легкой оглушенности они предъявляют жалобы на пустоту в голове, отсутствие мыслей.

Оглушенность характерна для некоторых интоксикационных поражений мозга, черепно-мозговых травм, опухолей мозга, состояний после эпилептического припадка.

Синдромы помрачения сознания. К ним относятся делирий, аменция, онейроид и сумеречное состояние сознания. Между всеми этими синдромами имеются глубокие различия как по происхождению, так и по проявлениям.

Делирий характеризуется расстройством ориентировки пациента в месте и во времени с сохранением ориентировки в собственной личности; наплывом иллюзий и истинных галлюцинаций, переживанием страха, психомоторным возбуждением. Период помраченного сознания частично амнезируется.

Делириозные состояния развиваются в общем по сходной схеме. Сначала возникает крайняя чувствительность к слуховым, тактильным и прочим внешним раздражениям, а также расстройство сна. При закрывании глаз возникают устрашающие видения и соответственно переживания страха. Далее иллюзии и галлюцинации начинают возникать по вечерам. На местах неровностей стен, в рисунке обоев пациенту видятся страшные, усмехающиеся лица; из стены к нему вытягиваются змеи; в уличных шумах, радиопередачах слышатся окрики, отдельно адресованные ему фразы.

В дальнейшем появляются истинные зрительные галлюцинации. Сначала галлюцинаторные образы малы по размерам (насекомые, маленькие зверьки, лилипуты и т. п.), затем они становятся все больше — «черти», «убийцы с ножами», страшные чудовища. Угрозы в свой адрес пациент слышит явственно. Увеличивается страх, галлюцинации заслоняют реальность, и пациент перестает ориентироваться в окружающем, хотя иногда сознание на время и проясняется.

Пациенты, как правило, возбуждены, они в панике бегут от устрашающих видений, могут бросаться в окно; порой нападают на мнимый объект угрозы, уничтожают мебель, бьют стекла, режут ножом простыни, занавеси.

Иногда в период делирия пациенты совершают движения, свойственные своей профессиональной деятельности (плотник «забивает гвозди», медработник «обходит палату» и т. п.).

Чаще всего делирий заканчивается длительным сном, значительная часть происшедшего забывается.

Делирий наиболее характерен для острых и хронических интоксикаций, затрагивающих мозг; он возникает при инфекционных поражениях центральной нервной системы, при ряде тяжелых соматических заболеваний с аутоинтоксикацией. Кроме того, он нередко развивается после черепно-мозговых травм и других органических поражений мозга.

Аменция — характеризуется полной дезориентированностью пациента как в месте и во времени, так и в собственной личности; бессвязной речью, беспорядочным, хаотическим двигательным возбуждением, обычно в пределах постели; полной амнезией периода помрачения сознания. Аменция нередко возникает как продолжение делирия, что говорит об утяжелении состояния пациента и грядущем удлинении периода расстроенного сознания. Действительно, аменция продолжается недели и месяцы.

Облик пациента с аментивным помрачением сознания весьма характерен и незабываем. Непрерывные движения в постели, поворачивание и крутящие движения рук (сходные с наблюдаемыми при хорее), перебирание белья, простыней. Периодически пациент поднимается в постели и выкрикивает отдельные слова или слоги или произносит бессмысленный набор не связанных между собой слов. Реакции на обращения к нему персонала крайне примитивны («что... где... я... ох...» и т. п.) Эмоции крайне изменчивы — то страх, то злобность, то эйфория. Иногда вдруг проскальзывают отрывочные идеи преследования («хотят убить»), иногда, судя по поведению пациента, можно заподозрить у него галлюцинаторные переживания, при этом более специфичны для аменции слуховые галлюцинации.

Возникновение аменции наблюдается при тяжелых, изнуряющих соматических или инфекционных заболеваниях, особенно нейроинфекциях и других тяжелых заболеваниях мозга.

Онейроид (сновидное помрачение сознания) — характеризуется наплывом фантастически-калейдоскопических галлюцинаторных переживаний, деперсонализацией, двойной ориентировкой. Происходящие в это время вокруг пациента события забываются. Однако содержание галлюцинаторных переживаний помнится. Онейроид лишь внешне по описанию сходен с делирием.

Если при делирии галлюцинации истинные, то при онейроиде — ложные, псевдогаллюцинации. Пациент совершает «межзвездные блуждания», испытывает «космические видения», чаще в «особом поле» или с трудом отличая галлюцинации от собственного воображения. Он может в первый момент правильно ответить на вопрос, где он находится, а при повторении того же вопроса указать на место своих «космических блужданий». Нередко окружающее представляется пациенту «ненастоящим», «инсценированным», люди не теми, кем они ему называются.

Страха, бегства от галлюцинаторных образов при онейроиде не бывает, характерна эйфория (восторженность) или депрессия. Погружаясь в мир фантастических видений, пациент и сам чувствует себя изменившимся — «межзвездным скитальцем с особой миссией», ангелом, призванным спасти людей, или Богом.

Двигательная активность пациентов при онейроидном помрачении сознания большей частью понижена (они неподвижны в постели, в то время как при делирии наблюдается психомоторное возбуждение). Лишь иногда и при онейроиде наблюдается повышение двигательной активности больных, однако в данном случае в форме однообразных стереотипных движений.

Онейроид обычно наблюдается при шизофрении.

Сумеречные состояния сознания (сужение поля сознания) — для них характерны: полная дезориентировка пациента (в месте, во времени, в собственной личности) и сохранение автоматизированных движений.

Часто это бесцельные перемещения: пациент бродит, как в сумерках, теряя ориентировку, — с этим связано и название синдрома. Сумеречные состояния, в отличие от других состояний помрачения сознания, развиваются остро. Внезапно, сразу. Амнезия периода сумеречного состояния сознания — полная.

В сумеречном состоянии сознания пациенты могут совершать не только бесцельные блуждания, иногда, судя по внешним проявлениям поведения, они испытывают устрашающие галлюцинации, переживают мнимое преследование, эмоционально напряжены. Медленное, прямолинейное хождение может смениться внезапным нападением на случайно встреченных людей или другим актом агрессии, после чего следует глубокий сон.

В некоторых случаях сохраняются весьма сложные автоматизированные акты поведения. Пациент может ездить в транспорте, покупать билет, уступать место и т. п. Известно классическое описание купца, плывшего на пароходе из Лондона в Бомбей и только там очнувшегося и не понимавшего, как он там оказался.

К сумеречным состояниям сознания принадлежит и сомнамбулизм (лунатизм). В редких случаях сумеречные состояния развиваются после приема небольших доз алкоголя и заканчиваются, как правило, тяжелыми агрессивными поступками. Это расстройство носит название «патологическое опьянение».

Наиболее часто сумеречные состояния сознания наблюдаются при эпилепсии или при органических поражениях головного мозга, сопровождающихся эпилептиформными проявлениями.

3.1.7. Патология ощущений

Ощущение — это элементарный акт познавательного процесса, функция отражения отдельных качеств и свойств окружающей действительности. Фило- и онтогенетически ощущение является одной из наиболее ранних функций центральной нервной системы.

При ощущении человек осознает цвет, звук, запах, консистенцию предмета, но не предмет в целом. Например, про ручку он может сказать лишь, что это что-то плотное, черное, удлиненное. Практически любое психическое заболевание в той или иной степени сопровождаются *сенестопатии* — разнообразные неприятные, тягостные патологические ощущения покалывания, сдавливания, жжения, перекручивания, бульканья, не связанные с соматическими заболеваниями и возникающие в различных частях тела. Они имеют крайне необычный, часто вычурный характер. При тщательном исследовании современными методами не удается выявить соматическое заболевание, которое могло бы вызвать эти разнообразные и необычные ощущения.

К патологии ощущений с известной долей условности относится *агнозия* (неузнавание), которая проявляется в неспособности человека узнать и объяснить значение тех или иных сенсорных ощущений. Агнозия может быть зрительной, слуховой, обонятельной, тактильной. Этот вид патологии встречается главным образом при органическом поражении головного мозга, однако нередко агнозия бывает и функциональной (чаще всего истерической, когда больной после стресса перестает чувствовать запахи, вкус пищи, «не слышит» неприятную для него информацию).

Потерю чувствительности отдельных участков кожи или отдельных анализаторов называют *анестезией*. Она встречается часто, особенно в неврологической клинике, является важным симптомом поражения той или иной структуры головного мозга. Анестезия в психиатрии часто носит истерический характер, она не снижена с каким-либо определенным

нейроанатомическим субстратом, при ней выключаются все формы ощущений, как поверхностных, так и глубоких. Во времена инквизиции анестезия считалась одним из основных признаков «одержимости дьяволом», что означало, что через потерявший чувствительность участок кожи нечистый вошел в тело человека. *Гиперестезия* — это снижение чувствительности к внешним раздражителям: яркий свет ощущается как слабое, едва светящееся пятно, громкие звуки — как еле слышимые. Отмечается при тяжелой астении и при депрессии. *Гиперестезия* — усиление чувствительности к обычным звукам (гиперакузия), запахам (гиперосмия), прикосновениям (гипертактильность), свету (обычная свеча светит как яркое солнце) и т.д. Встречается при гиперстеническом варианте неврастении, маниакальном состоянии и при некоторых интоксикационных психозах.

Болевые ощущения в различных частях тела — *алгии* — встречаются в виде *гипералгий* (ключевой признак синдрома Мюнхгаузена) или *гипоалгий*, временами трудно отличимых от сенестопатий. Алгии характерны для депрессии, истерических состояний и связаны со многими психическими заболеваниями, особенно в пожилом и старческом возрасте.

Синестезии, или рефлекторные иллюзии — редкая особенность ощущений, когда раздражение одного анализатора вызывает ответ нескольких анализаторов одновременно. Отсюда ощущение вкусного запаха какой-либо ноты, звучного цвета желтых подсолнухов В. Ван-Гога, музыкальность прикосновения воротника рубашки к шее. Синестезии нередко встречаются у психически здоровых одаренных художников, поэтов и музыкантов. Выявляются и в патологии при приеме некоторых наркотических средств.

3.1.8. Психомоторные расстройства

К этой группе расстройств относят проявления ступора (кататонического, депрессивного, психогенного), кататонического возбуждения, гебефренического синдрома (все это описано выше) и различного вида припадков.

Припадок — это кратковременное, внезапно возникающее болезненное состояние в виде потери сознания и типичных судорог. Чаще всего в психиатрической практике встречается *большой судорожный припадок* (*grand mal*). В динамике большого судорожного припадков можно выделить следующие этапы: предвестники, аура, тоническая фаза судорог, клонические судороги, постприпадочное состояние, переходящее в патологический сон.

Предвестники наступают за несколько часов или дней до припадков и выражаются в общем физическом и психическом дискомфорте, головной боли, крайней раздражительности, слабости, головокружении, пониженном настроении с недовольством и брюзжанием, иногда — дисфории. Эти расстройства еще не припадок, а, скорее, предтеча его.

Аура (дуновение) — это увертюра припадков, его фактическое начало, сознание остается ясным и больной отчетливо помнит состояние ауры. Аура обычно длится доли секунды или одну-две секунды, но больному кажется, что за это время пронеслись столетия (как это было у князя Мышкина в «Идиоте» Ф. М. Достоевского). По клиническому содержанию аура, которая, кстати, отмечается далеко не при каждом припадке, бывает различной, но у каждого больного она, как правило, одна и та же. Ее характер указывает на локализацию патологического очага.

Сенсорная аура выражается в различных парестезиях, нарушениях сенсорного синтеза, изменениях восприятия схемы тела, деперсонализации, обонятельных галлюцинациях, видении огня, дыма, пожара.

Двигательная аура проявляется в резких движениях тела, повороте головы, стремлении куда-то убежать или в резком изменении мимики лица.

Психическая аура чаще выражается в появлении страха, ужаса, чувства остановки

времени или изменении скорости его течения, больной может видеть сцены массового убийства, обилие крови, расчленение трупов. Крайне редко больной, наоборот, испытывает невероятное чувство блаженства, экстаза, своей полной гармонией с Вселенной (также описана у князя Мышкина).

Висцеральная аура проявляется неприятными и болевыми ощущениями в области конкретных внутренних органов (желудка, сердца, мочевого пузыря и др.).

Вегетативная аура выражается в появлении вегетативных расстройств (резкая потливость, чувство одышки, ощущение сердцебиения). Учитывая кратковременность ауры, не все пациенты способны воспринять и, главное, осознать ее содержание, часто они говорят: «Что-то произошло, а что — не понял, а дальше вообще ничего не помню».

Тоническая фаза судорог начинается внезапно после ауры и выражается в мгновенном нарушении сознания по типу комы, тоническом сокращении всех мышц тела, при этом больной падает наотмашь, получая дополнительные травмы черепа. Нередко перед началом тонической фазы больной издает «крик раненого зверя», обусловленный прохождением воздуха через голосовую щель при мощном сокращении мышц речевого аппарата. При тонической фазе дыхание полностью отсутствует, она продолжается в среднем 20 — 40 с и никогда больше 1 мин. В этой фазе больной может прикусить язык или внутреннюю часть щек, нередко отмечается непроизвольное мочеиспускание и иногда даже дефекация. Больной совершенно не реагирует на внешние раздражители, зрачковые и прочие рефлексы отсутствуют (кома). Судороги выгибают больного в дугу, в этой позе он опирается лишь на затылок и пятки.

Тоническая фаза сменяется **клонической** в виде быстрых сокращений отдельных групп мышц. Сознание в клонической фазе по-прежнему нарушено, больной не реагирует на внешние раздражители, у него отсутствуют зрачковые рефлексы, но восстанавливается дыхание (шумное, хриплое). С силой выдыхаемый воздух смешивается со слюной и кровью от прикушенного языка, образуя розовую пену на губах. Длительность клонической фазы — не более 3 — 4 мин. Постепенно судороги стихают, но еще некоторое время больной продолжает оставаться в коме, постепенно переходя через сопор и обнубиляцию в *патологический сон* на несколько часов. В состоянии патологического сна больного невозможно разбудить, он не проснется, даже если рядом с ним будут стрелять из пушки. Иногда патологического сна не бывает — после обнубиляции сознание постепенно проясняется, но больной еще некоторое время остается дезориентированным в месте и времени.

И тонические, и клонические судороги вызывают сильнейшие болевые ощущения, кома как бы ограждает пациента от переживания этой боли, этим же объясняется и некоторое продолжение комы и после прекращения пароксизмов.

Весь припадок, за исключением ауры, больным полностью амнезируется. Иногда большой судорожный припадок может ограничиваться только аурой и тонической фазой, или аурой и клонической фазой. Такая разновидность конвульсий называется *абортивным припадком*.

Малый судорожный припадок (*petit mal*) также может, хотя далеко не всегда, начинаться аурой и характеризуется внезапной потерей сознания на несколько секунд, но больной не падает, так как нет стадии тонических судорог, отмечается лишь клоническое подергивание отдельных мышц или ограниченной группы мышц. Припадок в целом кратковременен, затем у больного наступает амнезия всего времени приступа. К малым припадкам относятся так называемые *кивки, клевки* — судорожные движения головой вперед и вниз, больной может разбить лицо, сознание полностью выключено. К малым припадкам некоторые авторы относят и *салаамовы судороги*, которые выражаются во внезапном сгибании тела (поза полупоклона), голова опущена, руки сведены в традиционном мусульманском приветствии. Кивки, клевки и салаам-судороги, как правило, отмечаются у детей раннего возраста и

характеризуются, кроме судорожного компонента, кратковременным выключением сознания с последующей амнезией.

Катаплектический припадок выражается во внезапном падении мышечного тонуса во время смеха, плача или при неожиданном воздействии резкого звука или очень яркого света. При этом больной как бы оседает, медленно опускаясь на пол. Сознание остается ясным, амнезии его не отмечается. Катаплектическим расстройством родственны припадки особого вида — **припадки клооса**. Они выражаются во внезапном перерыве течения мыслей с чувством пустоты в голове, исчезновением опоры под ногами и невесомости всего тела или только нижних конечностей. Сознание полностью сохраняется, воспоминание об этом мимолетном необычном состоянии полное, что и отличает их от абсанса. Такие припадки иногда наблюдаются в начальном периоде психоза, обычно шизофрении.

Абсанс — кратковременная потеря сознания с отсутствием судорожного компонента.

Пикнолептический припадок — мгновенное застывание на одном месте с выключением сознания, запрокидыванием назад головы, закатыванием глазных яблок, слюнотечением. Припадки подобного рода характерны для детей младшего возраста.

Нарколептический припадок (одна из составляющих частей так называемого синдрома Пиквикского клуба) — характеризуется внезапно возникающей непреодолимой сонливостью в неподходящем месте и времени, в неудобных для сна позах, например во время ходьбы, поездок в транспорте, выступления на сцене, во время подвижных игр. Сон, как правило, продолжается около часа, после чего больной просыпается бодрым, активным. Такие припадки отмечаются в молодом возрасте, проходят внезапно, как и начались, не оставляя никакого следа.

Как у взрослых, так и у детей нередко отмечаются так называемые очаговые конвульсии, к которым относят джексоновские припадки, адверсивные приступы и кожевниковские судороги.

Джексоновский припадок — это эпилептический припадок в виде тонических или клонических судорог мышц пальцев рук и ног, локализованных или распространяющихся лишь на одну половину тела. При этом сознание не нарушено, оно утрачивается лишь в том случае, когда генерализованные судороги переходят на другую половину тела. Джексоновский эпилептический припадок свидетельствует о наличии патологического очага в коре головного мозга.

Адверсивный (адверзивный) припадок выражается поворотом головы или туловища в сторону, противоположную очагу поражения в головном мозге.

Кожевниковский припадок (эпилепсия Кожевникова) — клонические судороги в мышцах конечностей без выключения сознания. Если их интенсивность достаточно выражена, они могут переходить в генерализованные судороги. Чаще всего является следствием вирусного клещевого энцефалита.

Все эти эпилептические припадки могут также провоцироваться и внешними факторами, такими как переутомление, недосыпание, умственные перегрузки, астения после перенесенного соматического заболевания.

Любой эпилептический пароксизм необходимо дифференцировать с так называемым истерическим припадком. Последний всегда возникает на фоне психотравмирующей ситуации в присутствии «зрителей». При этом больная (чаще встречается именно у женщин) никогда не падает плашмя, как при эпилепсии, она всегда мягко опускается не на пол, а на кушетку, диван, кресло, стараясь не помять костюм, не испортить прическу. Даже находясь в состоянии истерического припадка, больная сохраняет красивую позу с маской страдания на лице. Сознание глубоко не нарушено, оно лишь сужено, больная воспринимает окружающее, понимает, что происходит. При истерическом припадке нет последовательной смены тонических и клонических фаз, длительность истерического припадка всегда больше 5 мин,

движения и позы всегда выразительны, демонстративны, рассчитаны на «зрителей», фотореакции сохранены, никогда не бывает непроизвольного мочеиспускания, припадок самопроизвольно прекращается, когда окружающие оставляют больную одну, без зрителей.

3.2. Невротические синдромы

3.2.1. Невротические расстройства сна

При многих психических заболеваниях отмечаются различные нарушения формулы сна — страдает процесс засыпания, пробуждения, продолжительность сна, его глубина, происходит также извращение ритма «сон — бодрствование».

Чаще всего не только при психической патологии, но и в норме встречается *нарушение засыпания*. Люди часами не могут заснуть, нередко не засыпая вовсе или засыпая ближе к утру. Нарушение засыпания нередко усугубляет течение более тяжелых, как правило, продуктивных психотических расстройств.

Расстройство пробуждения ото сна — кратковременное состояние после сна, когда больной уже проснулся, т. е. находясь уже в бодрствующем состоянии, не может отличить увиденное во сне от реальности, он продолжает как бы видеть сон в бодрствующем состоянии. При неполном пробуждении при так называемом просоночном состоянии больной может бессознательно совершать какие-то действия, нередко опасные для его собственной жизни или для окружающих, впоследствии эти действия полностью амнезируются.

Утрата чувства сна выражается в том, что больные настаивают на полной бессоннице при наличии объективного по продолжительности и глубине сна.

Изменение продолжительности сна — при ряде патологических состояний, например при маниакальном состоянии, продолжительность сна сокращается до минимальных цифр, при других расстройствах — увеличивается до 10—12 ч в сутки и более.

Симптом раннего пробуждения характеризуется чрезмерно ранним (в 2 — 3 ч ночи) пробуждением и невозможностью снова уснуть. Этот феномен очень тягостно переживается больными, он всегда является симптомом депрессии и сочетается с другими нарушениями витальности.

Изменение глубины сна (так называемый поверхностный сон) — состояние, среднее между сном и бодрствованием. Больные не спят, а дремлют, прекрасно осознавая окружающее. При этом состоянии могут отмечаться иллюзорные галлюцинаторные расстройства.

Прерывистый сон выражается в том, что больные несколько раз за ночь просыпаются от тревожных, нередко устрашающих сновидений, а потом снова засыпают и снова видят тот же тревожный сон, снова в страхе просыпаются, и так до самого утра.

Гиперсомния — повышенная сонливость в дневное время. Часто отмечается при депрессивных состояниях

Извращение ритма «сон—бодрствование» выражается в том, что ночью больные активно бодрствуют, продуктивно работают, а днем глубоко спят. Такое состояние часто встречается и у здоровых, особенно у людей творческих и свободных профессий.

Ночные кошмары представляют собой насыщенные тревогой или страхом сны с темой угрозы жизни и безопасности больного. Как правило, повторяются одни и те же кошмарные сновидения. Часто встречаются как симптом психического заболевания у детей при самой разнообразной патологии. У взрослых пациентов ночные кошмары чаще отмечаются при реактивных состояниях и личностных расстройствах.

3.2.2. Невротические синдромы

Элементы невротических синдромов (состояний) можно выявить при любом психическом или соматическом заболевании. Более того, невротические состояния являются поставщиками многих, если не всех, психосоматических расстройств: инфаркта миокарда, гипертонической болезни, пептической язвы, экземы, псориаза, бронхиальной астмы и др.

Среди невротических симптомокомплексов выделяют астеническое, obsessивное (навязчивое), ипохондрическое и истерическое состояние.

Астенический синдром

Это состояние характеризуется раздражительной слабостью, повышенной возбудимостью, быстро сменяющейся наступающей вслед за ней истощаемостью, резко выраженной утомляемостью, несдержанностью, постоянной головной болью, различными вегетативными расстройствами, снижением работоспособности, утратой способности к продолжительному физическому и умственному напряжению. При этом состоянии больные жалуются на плохое общее самочувствие, отсутствие бодрости и активности, упадок физических сил, слабость, непереносимость обычных для этого человека физических и психических нагрузок. Главной составляющей синдрома является раздражительная слабость — кратковременная, быстрая и бурная эмоциональная реакция на те или иные раздражители с последующей резкой слабостью. Отмечается эмоциональная лабильность — больных легко растрогать, они весьма сентиментальны, слезливы. Настроение становится неустойчивым. При малейшей неудаче оно безнадежно падает, при удаче неадекватно повышается. Одним из постоянных симптомов астенического состояния является нарушение концентрации внимания, что субъективно воспринимается больными как резкое ухудшение памяти. Типичным является нарушение цикла «сон — бодрствование» (сонливость днем, бессонница или прерывистый неполноценный сон ночью). Отмечается также непереносимость резких запахов, чрезмерно яркого света, слишком громких звуков (гиперестезия). Головные боли при астении весьма разнообразны (давление, стягивание, ощущение тесного обруча на голове, покалывание в различных участках мозга, постоянное «ощущение несвежей головы»), они имеют тенденцию к усилению при умственной нагрузке или изменении барометрического давления.

Выделяют гиперастенический и гипостенический варианты астенического состояния. При *гиперастенической астении* вследствие нарушения активного торможения в клинической картине страдания преобладает повышенная раздражительность, несдержанность, снижение самоконтроля или полное его отсутствие, больной вспыскивает по пустякам, долго не может успокоиться, часто из-за сверхраздражительности вступает в конфликтные ситуации, в которых всегда проигрывает.

Гипостеническая астения характеризуется выходящими на первый план в связи с ослаблением процессов возбуждения в коре головного мозга такими симптомами, как повышенная истощаемость, чрезмерная неадекватная слабость, непереносимость относительно длительной интеллектуальной или физической нагрузки, слезливость в сочетании с сентиментальной восторженностью и некоторой экзальтированностью, стойкие нарушения сна, снижение потенции и либидо. В клинической практике встречается и смешанный гиперстено-гипостенический вариант астении.

Астенические расстройства, как правило, развиваются исподволь и характеризуются нарастающей интенсивностью, в тяжелых случаях проявляются в адинамии, сверхпассивности, аспонтанности.

Астенические состояния по этиологическим факторам разделяются на интоксикационные, постинфекционные, нейролептические, посттравматические, соматогенные и психогенные. В рамках психоорганического синдрома выделяют также органическую астению (церебрастению).

В психиатрической клинике астения в чистом виде встречается довольно редко, она обычно усложняется присоединением фобий, навязчивостей, истерической или ипохондрической симптоматики и других симптомов. Возникновение астенического синдрома связывают с истощением функциональных возможностей нервной системы при ее перенапряжении, а также вследствие аутоинтоксикации или экзогенного токсикоза, нарушений кровоснабжения мозга и обмена в мозговой ткани. Это позволяет рассматривать синдром в ряде случаев как приспособительную реакцию, проявляющуюся уменьшением интенсивности деятельности различных систем организма с последующей возможностью восстановления их функций.

Синдром навязчивых состояний

В клинической картине этого невротического синдрома преобладают различные навязчивости — разнообразные фобии, тревожные сомнения, «умственная жвачка», хульные мысли, навязчивые представления и действия и др., нередко усложненные ритуалами и эмоциональными нарушениями в виде депрессии или страхов. Несмотря на понимание бессмысленности навязчивостей, больные бессильны в своих попытках преодолеть их. Кроме того, в этот синдром могут входить все вышеописанные симптомы астенического состояния. Интенсивность навязчивостей бывает настолько выраженной, что нарушает адаптацию больных — мешает выполнять привычную работу или домашние обязанности и нередко приводит к невозможности адекватно контактировать с окружающими, мешает жить обычной жизнью. В зависимости от характера заболевания синдром навязчивостей также приобретает различные оттенки. Так, например, при шизофрении навязчивости могут носить моносимптоматический характер и сочетаться с патологическими телесными ощущениями. Речь идет о возникновении упорных, однообразных по содержанию навязчивых сомнений, опасений и страхов или мыслей о наличии «дефекта внешности» (дисморфофобия). По мнению ряда авторов, навязчиво возникающие лицевые дисморфофобии являются существенным диагностическим признаком обсессивного синдрома при шизофрении. При психастенической психопатии навязчивые состояния весьма многообразны, лабильны и всегда сопровождаются формированием ритуалов защиты. При некоторых органических заболеваниях головного мозга навязчивости нередко приобретают характер насильственности.

Для этого синдрома также весьма характерна гиперестезия — непереносимость громких звуков, яркого света, резких запахов.

Ипохондрический синдром

Утрированная озабоченность своим здоровьем проявляется в значительном преувеличении тяжести или же в переживании заболевания, которого на самом деле нет. Больные постоянно прислушиваются к своим внутренним ощущениям, и если появилось где-нибудь какое-то покалывание или иное телесное ощущение (в том числе и сенестопатическое), у больного мгновенно возникает версия об очередном смертельном заболевании. Убеждения врачей в отсутствии этого заболевания не достигают цели, а иногда и служат доказательством противного.

Пациенты с ипохондрическими переживаниями постоянно посещают врачей различных специальностей, требуют все новых и новых консультаций и дополнительных обследований, жалуются на врачей, которые не подтверждают их подозрения, обвиняют их в низкой квалификации, нередко преследуют и проявляют агрессию к врачам.

Ипохондрические переживания могут носить навязчивый характер. Больных одолевает сомнение, не страдает ли он тем или иным соматическим заболеванием. Понимая абсурдность этих переживаний, пациент тем не менее избавиться от этих навязчивостей усилием воли не может.

Ипохондрические расстройства могут возникать и в структуре депрессий. На фоне пониженного настроения, различных неприятных соматических ощущений в теле (что

весьма типично для депрессии) у больного постепенно или внезапно по типу озарения формируется убежденность в наличии тяжелого и, как правило, неизлечимого заболевания (СПИД, рак, проказа). Это и служит поводом для «марафона по врачам». Подозрение на наличие у больного психического заболевания возникает у врачей общего профиля очень поздно, лишь после серии многочисленных обследований и анализов, когда контраст между субъективными жалобами и объективными данными проведенных анализов становится очевидным. При этом всегда обнаруживается линейная корреляция между интенсивностью ипохондрических расстройств и выраженностью депрессии.

Истерический синдром (синдром Брике)

Этот психопатологический симптомокомплекс включает в себя полиморфные функциональные психические, соматические и неврологические расстройства. Истерическое состояние чаще развивается у женщин с истерическими чертами характера и признаками психического инфантилизма (несостоятельность суждений, повышенная внушаемость, крайний эгоцентризм, эмоциональная незрелость, аффективная лабильность, легкая возбудимость, повышенная впечатлительность).

Следует подчеркнуть, что истерический синдром, особенно его первичные проявления, всегда развиваются в молодом возрасте при отсутствии отчетливых органических расстройств в пораженном органе. Истерические расстройства могут иметь преходящий, кратковременный характер с продолжительностью симптомов от нескольких минут до 10 и более дней и относительно постоянный характер, когда симптомы сохраняются на протяжении нескольких недель, месяцев даже лет. На этом основании часто выделяют острые и хронические истерические нарушения, хотя четких критериев такого разграничения нет.

Клинические проявления истерического состояния весьма разнообразны. С известной долей условности истерические симптомы можно разделить на четыре типа реакций: вегетативные, двигательные, сенсорные и психические.

Вегетативные нарушения весьма полиморфны, красочны, драматичны и затрагивают многие органы и системы человека. Чаще всего при этом отмечаются расстройства деятельности желудочно-кишечного тракта: истерическая потеря вкуса потребляемой пищи, при которой больной не может по вкусу отличить сладкое от соленого или горького («вся пища безвкусна как трава»), истерическая тошнота и рвота, звучная отрыжка воздухом, трудности глотания твердой, а иногда и жидкой пищи (дисфагия), полное отсутствие аппетита (анорексия), гастралгии (псевдоболевые ощущения в желудке, имитирующие язвенную боль), метеоризм, истерические поносы и запоры. Описаны также истерическая одышка, боли в сердце, сердцебиение, мнимая беременность, мнимая смерть, викарные кровотечения (когда у женщин во время менструации на ладонях и ступнях ног выступает кровь, это отмечается у католических фанатичек, «переносящих» на себя боль Христа при его распятии). Постоянно при этом состоянии ощущение кома в гортани (*globus hystericus*).

Особый интерес представляет истерическая беременность, которая может «подражать» почти всем признакам нормальной беременности. Клиническая картина этого истерического феномена достаточно типична: аменорея или дисменорея, тошнота и рвота, пигментация сосков, нагрубание молочных желез, иногда даже выделения молока, увеличение объема живота вследствие вздутия кишечника, задержки газов и отложения жира в брюшной стенке, ощущение движения плода и даже болезненных родовых схваток (в результате усиления перистальтики кишечника или его спазма), походка и осанка, характерные для беременных. Известны случаи «отхождения околоплодных вод», которые на самом деле оказались мочеиспусканием. Мнимая беременность нередко отмечается у женщин, которые страстно желающих имеют детей, но по какой-то причине не способны забеременеть или полноценно выносить ребенка.

Кроме того, из истерических дисфункций вегетативной нервной системы в литературе

есть описания истерической икоты, кашля, часто сочетающегося с чиханием и зеванием, заглатывание воздуха (истерическая аэрофагия), истерический вагинизм, полиурия или задержка мочи.

Двигательные расстройства проявляются в виде разнообразных параличей, парезов, гиперкинезов, контрактур, истерических припадков, явлений астазии-абазии (невозможность ходить при отсутствии органической патологии опорно-двигательного аппарата). Больной с астазией-абазией не может самостоятельно стоять и ходить, хотя сила и тонус мышц, чувствительность и координация у него сохранены. Он может самостоятельно подняться и встать, но не в состоянии ни стоять без посторонней помощи (падает назад или вбок), ни сделать даже одного шага. При меньшей выраженности астазии-абазии чаще всего отмечается балансирующая или прыгающая походка. Астазия-абазия, вероятно, отмечалась у легендарного Ильи Муромца, который «сиднем сидел» многие годы.

Описаны также различные варианты так называемой истерической походки: а) зигзагообразная походка, движение по ломанной линии, напоминающей букву «Z»; б) приволакивающая походка — волочение конечности с характерным поворотом стопы внутрь с опорой на пятку или основание большого пальца или, что бывает реже, волочение конечности, касаясь пола дорзальной стороной пальцев; в) ходульная походка — на жестко выпрямленных и слегка раздвинутых ногах, напоминающая ходьбу на ходулях или движения робота; г) скользящая походка — выдвигание конечности вперед со скольжением подошвы по полу, как коньков на катке; д) коленопреклоненная походка — ходьба на полусогнутых ногах; е) балансирующая походка — наклоны, покачивание из стороны в сторону, как будто трудно сохранять равновесие; ж) прыгающая, танцующая походка.

Особую группу истерических двигательных дисфункций, при которых происходит избирательное расстройство вплоть до невозможности выполнения некоторых усвоенных профессиональных действий, составляют так называемые профессиональные дискинезии. К ним относится достаточно распространенный писчий спазм. Сущность этого расстройства заключается в затруднении или невозможности писать при полном сохранении функции кисти при других действиях. Писчий спазм часто отмечается у скрипачей, пианистов, виолончелистов, машинисток, стенографисток, художников и т.д.

К категории двигательных дисфункций относят также истерические расстройства речи в виде афонии, шепотной речи, охриплости, а также так называемое истерическое щебетание. Реже отмечается истерическая немота. Еще реже — истерическое заикание. Описаны также истерические параличи век, в связи с чем невозможно открыть глаза, а также истерический блефароспазм — двухсторонний спазм круговых мышц глаза, препятствующий открытию век.

К редким (ранее) видам истерических двигательных расстройств относится так называемая *камтокормия*. Она появляется у призывников и солдат во время боевых действий и проявляется в сгибании туловища вперед почти под прямым углом, при этом рентгенография позвоночника не обнаруживает никаких отклонений от нормы.

В отличие от органических истерические гиперкинезы зависят от эмоционального состояния, видоизменяются по механизму подражания, сочетаются с необычными позами и другими истерическими симптомами (например, с комом в горле и др.), временно исчезают или ослабевают при переключении внимания или под влиянием психотерапии. Истерические припадки отличаются от эпилептических своей демонстративностью, возникают в условиях психотравмирующей ситуации и, как правило, в присутствии зрителей, не сопровождаются глубоким нарушением сознания и последующей амнезией, при них нарушена закономерность смены тонической и клонической фаз, они длятся значительно дольше эпилептических, больные помнят о случившемся с ними.

Сенсорные нарушения проявляются расстройствами чувствительности в виде анестезии, гипостезии, гиперстезии с болевыми ощущениями в различных частях тела.

Нарушения кожной чувствительности чаще всего локализуются в области конечностей по ампутационному типу в виде чулок или перчаток, при этом они не соответствуют зонам иннервации. Истерические алгии локализуются в различных частях тела: головные боли по типу стягивающего обруча, боли в суставах, спине, конечностях, в области живота. Такие боли нередко становятся причиной ошибочных хирургических диагнозов и даже полостных операций (синдром Мюнхгаузена, синдром Альбатроса). Сенсорные нарушения также проявляются в виде истерической слепоты или истерической глухоты. Сенсорные нарушения на практике настолько интимно связаны с вегетативными истерическими проявлениями, что их невозможно отличить друг от друга.

Психические нарушения истерического генеза весьма многообразны и изменчивы. Для них характерна яркость, театральность, нарочитость, оттенок инфантилизма. В рамках этих нарушений описывают истерические иллюзии и галлюцинации, а также истерические амнезии, вплоть до тотальной амнезии (тотальная амнезия, кстати говоря, — часто используемый сюжет в латиноамериканских сериалах).

Такое разделение истерических реакций, повторимся, весьма и весьма условно. В психиатрической да и соматической практике (в последней даже больше) часто встречается «салат истерических симптомов» из разных групп. Например, больной А. по семь раз на дню «переносил инсульты», испытывал слабость при ходьбе, падал, переставал видеть и слышать на несколько минут, а на строгие замечания персонала отделения отвечал истерическими одноразовыми поносами.

Нередко истерические реакции носят отчетливый сексуальный оттенок. Например, больная З., незамужняя женщина 51 года, на любые негативные стрессовые ситуации всегда «отвечала» пролонгированным оргазмом с последующим интенсивным мочеиспусканием.

В целом, можно считать, что страдающие истерическим синдромом умело манипулируют окружающими с помощью симптомов своего заболевания. Истерия может подражать почти всем симатомокомплексам, которые известны современной медицине. Поэтому не без основания истерию называют «великой симулянткой».

Следует подчеркнуть, что современная истерия видоизменилась и «рядится в одежды ипохондрии». Сейчас почти не встречаются «обмороки» благородных дам, характерные для героинь романов классической русской литературы. Современные умные истерические особы предпочитают не падать в обмороки, а страдать «тяжелым, неизлечимым недугом», в котором «не могут разобраться самые именитые профессора». Для пациентов характерна тенденция всегда быть и желать быть в центре внимания. Эмоции таких больных весьма лабильные с бурным проявлением чувств, всегда гипертрофированных. Они не признают средних, умеренных эмоций, если любят, то обязательно «до гроба», а если вы потакаете капризам такой больной, то вы лучший человек на свете. Однако стоит вам усомниться в больной или хоть раз скептически отнестись к ее «талантам», вы тут же превращаетесь в крупнейшего негодяя страны и вас начинают «ненавидеть до гроба всеми фибрами души».

Вообще быстрая смена симпатии и антипатии и утрированная претенциозность — типичная черта истерических личностей. Мимика, жесты больных и все их поведение искусственны, жеманны, театральны, крайне демонстративны и всегда рассчитаны на публику. Содержание речи всегда драматично с излишней аффектацией, сообщаемые факты преувеличены, желаемое часто выдается за действительное. Иногда больные сообщают заведомо вымышленные факты, в которые в последующем, за счет самовнушения, начинают верить, и искренне недоумевают, когда их ловят на лжи. У них, кроме того, весьма завышен уровень притязаний: они претендуют на гораздо большее, чем позволяют их возможности и способности. В целом такие больные живут по принципу — лучше казаться, чем быть.

В таблице 1 приведены наиболее распространенные психопатологические синдромы.

Таблица 1

Сводная таблица распространенных психопатологических синдромов

№ п/п	Название синдрома	Объединяющие симптомы	Заболевания, при которых синдром наиболее часто встречается
1	Маниакальный	Повышение настроения (эйфория), речевое и двигательное возбуждение, переоценка собственной личности или бред величия	Аффективные расстройства. Шизоаффективные расстройства
2	Депрессивный	Снижение настроения, в том числе с апатией или тревогой; речевая и двигательная заторможенность, идеи самоуничужения	Аффективные расстройства. Шизоаффективные расстройства. Невротические расстройства
3	Галлюцинаторно-параноидный	Истинные галлюцинации или псевдогаллюцинации, бред преследования или величия	Шизофрения, психозы при алкогольной зависимости
4	Кататонический	Ступор, отсутствие речевой активности, негативизм, каталепсия, периодическое возбуждение	Шизофрения
5	Гебефренический	Эйфория, возбуждение, дурашливость (гримасы, вычурные позы и др.)	Шизофрения
6	Апатоабулический	Эмоциональное безразличие (апатия); отсутствие побуждений к деятельности (абулия)	Шизофрения. Опухоли мозга
7	Деперсонализационно-дереализационный	Чувство изменения «Я» (деперсонализация) и окружающего (дереализация)	Аффективные расстройства. Шизофрения
8	Корсаковский	Фиксационная амнезия. расстройство ориентировки во времени, конфабуляции	Алкогольная зависимость, расстройства вследствие черепно-мозговых травм и других органических поражений мозга
9	Оглушенность (оглушение)	Затрудненное и замедленное осмысление окружающего. Речевая и двигательная заторможенность, нарушение запоминания	Черепно-мозговая травма, интоксикации, опухоли мозга
10	Делириозный (делирий)	Дезориентировка в месте и во времени, страх, сценopodobные зрительные галлюцинации, психомоторное возбуждение	Инфекционные, интоксикационные, аутоинтоксикационные воздействия на мозг, черепно-мозговая травма
11	Аментивный (амения)	Дезориентировка в месте, во времени, в собственной личности, бессвязность речи, хаотическое возбуждение в пределах постели	Длительные изнуряющие соматические и инфекционные заболевания. нейроинфекции
12	Онейроидный (онейроид)	Фантастически-калейдоскопические псевдогаллюцинации, деперсонализация, двойная ориентировка	Шизофрения
13	Сумеречные состояния сознания	Пароксизмально наступающая дезориентировка в месте, времени, собственной личности. Сохранение автоматизированных движений	Эпилепсия

Вопросы для самоконтроля:

1. Чем сопровождаются сенестопатии?
2. Чем отличаются иллюзии от галлюцинаций?
3. Как подразделяются галлюцинации?
4. Чем отличаются сверхценные и бредовые идеи?
5. Какие виды бредовых идей вам известны?
6. Какие виды понижения и отсутствия памяти описываются?
7. Что такое интеллект и как называется его резкое снижение?
8. Охарактеризуйте составляющие маниакального и депрессивного синдрома.

9. Чем отличаются депрессии и дисфории?
10. Каковы составляющие кататонического синдрома?
11. Чем отличаются помрачение и выключение сознания, какое из последних наблюдается в психиатрии?
12. Чем отличаются делирий и онейроид?
13. Какие компоненты процесса познания вы знаете?
14. Какие особенности ощущений в детском возрасте?
15. Ощущение и восприятие. Виды расстройств и их отличия.
16. Патофизиологические механизмы расстройств восприятия.

4 ЧАСТНАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

4.1. Психические расстройства при соматических заболеваниях, инфекциях, интоксикациях, травмах черепа

4.1.1. Соматические заболевания

Психосоматическим нарушениям в детском и подростковом возрасте в настоящее время придается большое значение. Длительное время проблема психосоматических и привычных поведенческих расстройств рассматривалась в основном последователями З. Фрейда с позиций психоанализа. В настоящее время психосоматические расстройства изучаются отечественными авторами с позиций онтогенетического подхода, т. е. непосредственно связывая различные психические расстройства с перенесенными соматическими и инфекционными заболеваниями. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия, выступающие как самостоятельные формы психических нарушений, базируются на эмоциональных и поведенческих отклонениях детей и подростков. Чем младше ребенок, перенесший заболевание, тем в большей степени психические расстройства реализуются на сомато-вегетативном уровне реагирования. Возникновение психосоматических (аффективных) нарушений, так же как и появление привычных действий, характерных для более раннего возраста, ведут к становлению большинства патологических состояний в раннем детском возрасте, отражаясь на дальнейшем развитии ребенка.

Д.Н. Исаев (1996), Ю.Ф. Антропов, Ю.С. Шевченко (2000) подчеркивают большую сложность патогенеза психосоматических расстройств, который складывается из целого ряда компонентов:

- неспецифической наследственности и врожденной отягощенности;
- соматическими нарушениями и дефектами наследственного предрасположения к психосоматическим расстройствам;
- нарушений деятельности ЦНС;
- личностных особенностей;
- психического и физического состояния во время психо-травмирующих событий;
- фона неблагоприятных семейных и других социальных факторов;
- особенностей психотравмирующих событий. Множественность факторов обуславливает различную картину психосоматических расстройств у детей разного возраста.

К наиболее частым психосоматическим расстройствам относятся нарушения пищеварительной, сердечно-сосудистой, эндокринной системы, а также кожные, респираторные и двигательные-функциональные расстройства.

Психические нарушения, возникающие в связи с патологией внутренних органов и систем, составляют определенный раздел психопатологии, который особенно важен для медицинских работников, воспитателей и педагогов-дефектологов общих и специализированных дошкольных учреждений. При любом соматическом и инфекционном заболевании принимает участие и активно реагирует нервная система.

Психические расстройства, возникающие на фоне основного заболевания (соматического, инфекционного, эндокринного), называются симптоматическими психозами. Психические симптомы могут развиваться на фоне основного заболевания или выявляться после перенесенной болезни.

В патогенезе возникновения психических расстройств большое значение имеет возрастной фактор. Соматические заболевания у новорожденных и грудных детей могут приводить к нарушению функции нервной системы в результате изменения обменных

процессов, всасывания токсических веществ, авитаминоза и гипоксии. Для недоношенных детей и детей, родившихся с малым весом, перенесших асфиксию новорожденных, поражение нервной системы при соматических заболеваниях возникает быстрее и отличается относительной устойчивостью. Поражение нервной системы приводит к задержке физического и психического развития. На психомоторное развитие ребенка отрицательно влияют кишечные инфекции.

В.П. Кудрявцева (1962), В.А. Таболин (1974), Л.Т. Журба (1981) и другие отмечают, что наиболее часто в раннем детском возрасте наблюдается синдром нарушенного кишечного всасывания, характеризующегося желудочно-кишечными расстройствами в виде срыгиваний, рвоты, анорексии, водянистого стула, общей вялости, гипотрофии, нервно-психических нарушений. Подобные состояния наблюдаются при ряде наследственных и ненаследственных заболеваниях и сочетаются с разной степенью выраженности интеллектуальной недостаточности.

У многих детей, часто болеющих соматическими заболеваниями в раннем детском возрасте, отмечается в последующем задержка физического и психического развития.

В период острого проявления соматических расстройств наблюдаются повышение температуры, головные боли, раздражительность и слезливость, снижение настроения, мнительность. В ряде случаев отмечаются тяжелые психические расстройства с отказом от еды, страхи, нарушение сна.

Наличие психотических состояний зависит от индивидуальных особенностей личности, от неблагоприятного влияния внешней среды, от типа нервной системы (тревно-мнительный тип). Большое значение имеет состояние иммунной системы, обеспечивающей борьбу организма с вредными факторами, особенно в детском возрасте.

После перенесенного соматического заболевания у детей наблюдаются явления астении: повышенная утомляемость и истощаемость нервной системы, головные боли периодически наступающие, вялость, сонливость. Из психических нарушений в этот период отмечается нестойкость активного внимания, ослабление памяти, нарушение поведения, что сказывается на общем состоянии ребенка и его успеваемости в школе.

К психосоматическим расстройствам также относятся состояния, обусловленные нарушениями эндокринной системы, которая функционально тесно связана с нервной системой. Исследования, проведенные К.С. Лебединским (1969), Ю.С. Шевченко (2000) и др., показали, что эндокринные нарушения у детей проявляются с раннего детского возраста в форме отказа от еды или употребления большого количества пищи, что сопровождается гипотрофией или гипертрофией (повышенной жировой упитанностью) в связи с нарушением обменных процессов. У большинства детей отмечаются остаточные явления органического поражения ЦНС в виде минимальной мозговой дисфункции. Психические расстройства характеризуются эмоциональной лабильностью, истерическими, сенситивными (чувственными) симптомами. В разные возрастные сроки у этих детей наблюдается нарушение жирового и углеводного обмена, для девочек подростков характерны отклонения в структуре менструального цикла. У многих из наблюдаемых детей отмечается задержка психического развития разной степени выраженности.

Наряду с различными соматическими заболеваниями большое значение приобретают разные формы авитаминозов, которым в настоящее время придается большое значение. Отсутствие или недостаток витаминов в пище приводит к тканевым нарушениям в органах и системах организма. Для нервной системы особенно большое значение имеют витамины группы «В», отсутствие которых приводит к выраженной астении, общему снижению работоспособности, ослаблению памяти, внимания. К авитаминозу особенно чувствителен детский организм. При отсутствии витаминов может задерживаться физическое и психическое развитие. Наряду с витаминами для функции нервной системы большое значение приобретают химические элементы: калий, кальций, йод, селен и другие,

принимающих активное участие в обменных процессах, структуре костей и зубов, обеспечивая регуляцию роста и веса ребенка.

Хронические соматические заболевания могут провоцировать активизацию вялотекущих эндогенных психических заболеваний, к которым относятся шизофрения, эпилепсия, маниакально-депрессивный психоз. В связи с этим необходимо учитывать раннее распознавание первичных и вторичных признаков заболевания, не допускать перехода острых соматических заболеваний в хронические.

Медицинская и педагогическая помощь направлена на выявление болезненных состояний, своевременного лечения, соблюдения режима дня, психологической помощи. Для обучения ребенка необходимо учитывать его повышенную утомляемость и истощаемость, чередовать периоды занятий и отдыха, обязательный дневной сон, возможно пролонгированного характера, витаминизированное и полноценное питание. Таким детям может быть рекомендовано обучение в специализированных школьных или санаторных условиях.

Вопросы для самостоятельной работы:

1. Какое значение имеют соматические заболевания в детском возрасте для возникновения нервно-психических расстройств?
2. Расскажите о значении авитаминоза в проявлении нервно-психических расстройств.
3. Объясните значение эндокринных нарушений для возникновения психических расстройств.
4. Какие хронические соматические заболевания могут способствовать возникновению психических расстройств?
5. Объясните влияние возрастного фактора на возникновение нервно-психических расстройств после перенесенных соматических заболеваний.
6. Расскажите о методах работы воспитателя с ребенком, перенесшим соматическое заболевание.

4.1.2. Детские инфекции

К детским и общим инфекциям относятся бактериальные и вирусные инфекции (диспепсия, дизентерия, краснуха, ветряная оспа, коклюш, корь, скарлатина, ангина, ревматизм), первично поражающим внутренние органы. Грипп и паротит (свинка) в настоящее время относят к соматотропическим, т. е. поражающим внутренние органы и нервную систему. Психические нарушения при детских инфекциях могут наблюдаться как во время острого течения болезни, так и в последующий период.

На высоте заболевания при высокой температуре может наблюдаться инфекционный делирий, который характеризуется расстройством сознания, галлюцинациями (дети видят мелких зверюшек, героев сказок и фильмов), бредом (произносят отдельные слова), страхом и возбуждением.

Если инфекционное заболевание осложняется симптомами менингита или менингоэнцефалита, то клиническая картина общего инфекционного заболевания протекает тяжелее: длительно сохраняется температурный период, выявляются менингеальные симптомы, делириозный период становится более длительным, на фоне которого могут наблюдаться судорожные состояния, парезы, параличи. Течение болезни затягивается.

В случаях сохранного сознания дети жалуются на головную боль, у них наблюдается подавленное настроение, раздражительность, слезливость, сонливость, вялость. Механизм такого состояния является разлитое охранительное торможение в коре головного мозга как защитная реакция нервной системы на интоксикацию. Продолжительность сновидного или

делириозного состояния может наблюдаться от нескольких часов до нескольких дней, что зависит от тяжести инфекции и защитных сил организма.

После перенесенного инфекционного заболевания у детей и подростков сохраняется астеническое состояние, которое характеризуется головными болями за счет гипертензионного синдрома, повышенной утомляемостью и истощаемостью, слабостью активного внимания и памяти, неустойчивостью эмоциональной сферы в форме депрессивных или невротических реакций, псевдологии и других психопатологических состояний. Со стороны нервной системы могут сохраняться явления вегето-сосудистой дистонии (лабильность пульса, яркий дермографизм), непереносимость громкого звука и яркого света (гиперпатия), болевые ощущения в теле, снижение сухожильных рефлексов, легкие парезы, речевые нарушения. Психические расстройства наблюдаются в течение длительного времени: выраженная астения и адинамия, ослабление активного внимания и памяти, что приводит к задержке речевого и психического развития.

Ослабление защитных сил организма нередко приводит к тому, что ребенок легко заболевает новой инфекционной болезнью, возникает так называемая «цепочка» инфекций, при этом каждое из последующих заболеваний проходит тяжелее.

Клиническая картина остаточных явлений после перенесенных инфекций, на которые стоит обратить внимание воспитателей и педагогов дошкольных учреждений, представляются в следующем виде. На первый план выходит резко выраженная истощаемость ребенка. Формы ее проявления, как подчеркивает Т.П. Симеон, различны.

У одних детей усталость ведет к очень резкой тормозимости. На занятиях в детском саду или на уроках в школе дети перестают понимать объяснения педагога. Внешне тормозимость проявляется в том, что ребенок сидит безучастно за столом или партой, не выполняет нужных заданий. Лица у этих детей бледные, взгляд безучастный, на лбу и вокруг рта нередко выступают капли пота или появляется синева. Дети говорят: «не могу писать (рисовать), дрожат руки или ничего не понимаю, когда говорит учительница (воспитатель)». В этих случаях пропадает интерес к выполнению задания.

У других детей утомление, появляющееся во время выполнения определенных занятий, проявляется в другой форме: нестойкостью активного внимания, повышенной отвлекаемостью, неусидчивостью (гиперактивностью). Он заговаривает с соседом по столу или парте, встает и ходит по комнате. Испытывая потребность в моторной разрядке, усиленно болтает ногами под столом, просит разрешения выйти из аудитории. Такие состояния определяются как гиперактивность, неусидчивость, расторможенность.

Истощаемость и утомляемость ребенка наиболее ярко проявляется в школе, где его слабой нервной системе предъявляются сверхсильные задания. Нередко такая утомляемость, пассивность, малая инициативность приводят к трудностям обучения в школе, что нередко приводит к задержке психического развития. Педагоги и воспитатели часто делают детям замечания, снижают оценки, вызывают родителей на беседу. Дома родители воспитывают или наказывают детей. В связи с этим у ребенка часто теряется интерес к учебе, они привлекаются легко выполнимыми заданиями.

Некоторые школьники тяжело переживают свою неуспеваемость и постоянные упреки со стороны родителей и учителя. Часто у них отмечается угнетенное настроение, они долго не засыпают и спят плохо с различными сновидениями. Утром встают с трудом и под любым предлогом очень охотно проводят время в постели.

Вторая форма трудного поведения – двигательная расторможенность (гиперактивность), при которой дети суетливы, непоседливы, много двигаются, но также истощаемы. Они предпочитают подвижные игры, на которые тратят большое количество энергии, на занятиях недостаточно дисциплинированы, нарушают порядок урока, не реагируют на замечания и требования взрослых. Домашнее задание выполняют поверхностно, небрежно, невнимательно, что приводит к ошибкам, повторным работам и

конфликтным ситуациям. Недостаток питательных веществ и химических элементов, необходимых растущему ребенку, может привести не только к физическому, но и психическому недоразвитию, что нужно учитывать при составлении меню дошкольного учреждения.

Отсюда вытекают определенные лечебно-профилактические и педагогические мероприятия. Лечебно-профилактические мероприятия проводятся под наблюдением психоневролога и заключаются в лечении основного заболевания и его последствий, укрепления организма: витаминизация продуктов питания, использование препаратов, улучшающих обменные процессы (калий и кальций, йод и селен), успокаивающие и улучшающие деятельность клеток коры головного мозга, при этом регулируется режим дня, утренняя зарядка, сон на свежем воздухе. Психолого-педагогические мероприятия проводят в дошкольных и школьных учреждениях психологи и воспитатели на общих занятиях и занятиях по речевому развитию. Используются беседы для снятия стресса, который возникает у детей в связи с пребыванием в стационаре в отрыве от родителей и перенесенных медицинских манипуляций. Во время занятий необходимо дозировать нагрузку, учитывая повышенную утомляемость ребенка после перенесенного заболевания.

В связи с разнообразием остаточных явлений после перенесенных инфекций, тем более цепочки инфекций, на длительный срок дети остаются с выраженным астеническим синдромом, раздражительной слабостью, двигательным беспокойством или адинамией, сопровождающихся расторможенностью низших влечений. Трудности поведения, так называемая гиперактивность (двигательная расторможенность), являющаяся следствием слабости клеток коры головного мозга, приводит к различным психопатологическим нарушениям: конфликтной ситуации, агрессии, уходам из дому и бродяжничеству. В связи с возможностью возникновения девиантного (отклоняющегося) поведения педагоги должны организовать учебный процесс таким образом, чтобы у детей был интерес к занятиям, посильным для них. Тесный контакт педагогов и родителей, понимание их поведенческих особенностей как следствие перенесенных инфекций, могут оградить ребенка от нежелательных связей или патологических влечений.

Вопросы для самостоятельной работы:

1. Какие заболевания относятся к детским инфекциям?
2. Что обозначает понятие «цепочка инфекций»?
3. Какие осложнения наблюдаются в остром периоде болезни?
4. Какие осложнения наблюдаются при хронических соматических заболеваниях?
5. Опишите особенности трудного поведения.
6. Какая помощь воспитателя и педагога нужна детям после перенесенных соматических заболеваний?

4.1.3. Нейроинфекции (менингиты, энцефалиты)

К нейроинфекциям относятся менингиты и энцефалиты. Это специфические воспалительные процессы, происходящие в нервной системе, независимо от возраста. Они вызываются различными возбудителями: кокками, вирусами и другими микробами. Течение заболевания может быть острым, под острым и хроническим.

Менингиты – это воспалительные процессы, происходящие в мозговых оболочках. Менингиты могут быть первичные и вторичные. К первичным менингитам относится менингококковый гнойный цереброспинальный менингит, который чаще всего развивается в раннем детском возрасте и проходит очень тяжело, с высокой температурой, расстройством сознания, судорожными состояниями. Нередко воспалительный процесс с мозговых оболочек переходит на вещество мозга (менингоэнцефалит), что значительно усложняет клиническую картину болезни. Вторичными менингитами называют такие воспалительные

процессы мозговой оболочки, которые возникают на фоне текущего процесса во внутренних органах или системах. К ним относятся: отогенный менингит (воспалительный процесс переходит на мозговые оболочки со среднего уха), пупочный сепсис (когда инфекция попадает в кровь через плохо обработанную пуповину), туберкулезный менингит (вызывается палочкой Коха при первичном очаге в железах, суставах или внутренних органах), паротитный менингит (вызывается вирусом при первичном очаге в околоушной железе), сифилитический менингит (при поражении внутренних органов бледной спирохетой).

Первичный гнойный цереброспинальный менингококковый менингит чаще наблюдается у детей первого года жизни. Возбудителем заболевания является менингококк, который живет сапрофитом на слизистой носоглотки взрослого человека. При плохих санитарно-гигиенических условиях (вытирают нос ребенка носовым платком взрослого человека, берут грудного ребенка в кровать взрослого, на подушке которого могут быть выделения из носа бациллоносителя) менингококк может попасть на слизистую носа ребенка. Со слизистой носа по оболочкам обонятельного нерва менингококк проникает в полость черепа, вызывает воспалительный процесс в мягкой мозговой оболочке. Заболевание проходит тяжело: с высокой температурой, выраженными менингеальными симптомами, расстройством сознания, рано нарастающей гидроцефалией. Тяжелое состояние наблюдается в течение 7-10 дней, затем наступает улучшение. Полного выздоровления не наступает. Остаточные явления после перенесенного менингита сохраняются на длительный срок.

Течение менингита в дошкольном возрасте проявляют себя несколько иначе. В клинической картине острого периода заболевания отмечаются симптомы расстройства сознания разной степени выраженности: оглушенность, онейроид (сновидные изменения сознания) с фантастическими переживаниями, массовыми зрительными и слуховыми галлюцинациями и делирий с чувством страха и психомоторным возбуждением. Обычно острый период длится от нескольких дней до одной-двух недель, после чего наступает выздоровление либо заболевание принимает затяжной характер.

Осложнениями цереброспинального менингита, протекающем в раннем возрасте, могут быть расстройства зрения и слуха, нарушение речи, разная степень выраженности задержки психического и физического развития. После перенесенного менингита остается гидроцефальный синдром. Различают наружную гидроцефалию (избыточное накопление спинно-мозговой жидкости под оболочками мозга) и внутреннюю гидроцефалию (накопление спинно-мозговой жидкости в желудочках мозга).

У детей в возрасте до одного года гидроцефальный синдром обуславливает увеличение размеров черепа, так как кости черепа еще не срослись либо легко расходятся под давлением избытка спинно-мозговой жидкости. После перенесенного менингита в более позднем возрасте гидроцефальный синдром проявляется в виде упорных головных болей, нарастающих при физической или умственной нагрузке. В этих случаях под кожей в области виска отмечаются выраженные напряженные венозные сосуды, указывающие на застойные явления в полости черепа.

В стадии остаточных явлений имеют место различные психические изменения, на которые необходимо обратить внимание родителей, воспитателей и педагогов-дефектологов. При гидроцефалии у детей могут быть различной степени выраженности нарушения интеллекта, зависящих от возраста больного, тяжести клинической картины и методов лечебного воздействия в период основного заболевания. Наряду с явлениями интеллектуальной недостаточности у детей наблюдаются эмоционально-волевые и различные психопатологические расстройства. Остаточные явления перенесенного менингита могут также проявляться в форме судорожных приступов (как следствие образования спаек между оболочками мозга или рубцовыми изменениями в веществе мозга), парезов, параличей, речевых расстройств.

После выздоровления и длительного отдыха ребенка психолого-медико-педагогическая комиссия решает вопрос о месте и методах обучения: массовая или специализированная школа в зависимости от остаточных явлений перенесенного заболевания. Родители в любом случае должны быть помощниками воспитателя и педагога детского сада или школы для сохранения режима дня и помощи детям.

Дети школьного возраста, перенесшие паротит (свинка) и паротитный менингит, возвратившись в школу, должны соблюдать все режимные моменты, находиться под наблюдением психоневролога, получать дегидратационную терапию (при наличии гипертензионного синдрома). Родители должны учитывать, что дети, перенесшие данное заболевание, длительно остаются астенизированными (ослабленными), с периодически возникающими головными болями, которые могут вызвать затруднения в учебном процессе.

Энцефалит – заболевание, наблюдаемое как у детей, так и у взрослых, при котором первично страдает вещество мозга. Возбудителем энцефалита является вирусная инфекция, которая передается непосредственно от человека человеку воздушно-капельным путем в эпидемию (эпидемический энцефалит) или клещами (клещевой) и комарами (комариный).

Эпидемический энцефалит был описан в 1920 г. доктором Экономо. В 20-е годы отмечалась эпидемия, вызванная вирусным гриппом «испанкой», которым болело большое количество населения разных стран. На фоне вирусного гриппа у многих больных наблюдались явления энцефалита. Клиническая картина эпидемического энцефалита характеризуется различными симптомами поражения коры, подкорковой области и ствола мозга, всюду, где имеется скопление серого вещества. В зависимости от преобладающей локализации поражения различают корковый, подкорковый и стволотый энцефалит.

При корковой локализации процесса возникает расстройство сознания на фоне высокой температуры, делириозные явления, возбуждение. Длительность острого периода различна: от нескольких дней до нескольких недель, после которых развиваются характерные признаки поражения коры: агнозия (нарушение ощущения и восприятия окружающего мира), апраксия (расстройство заученных движений), афазия (распад сформированной речи). В хронической стадии болезни эти симптомы длительно сохраняются. Если заболевание развивается в детском возрасте, то оно приводит к задержке речевого и психофизического развития, несформированности психических функций.

При ведущей локализации поражения в подкорковой области в остром периоде болезни у больных наблюдается нарушение формулы сна: беспробудный (летаргический) сон или сонливость днем и отсутствие сна ночью, изменение мышечного тонуса, парез глазных мышц и верхнего века, амимия, особенности позы (руки приведены к груди, ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах, туловище наклонено вперед), походка маленькими шажками, гиперкинезы (насильственные движения), парестезии (неприятные ощущения в теле) и другие симптомы поражения нервной системы.

Со стороны психической сферы в остром состоянии болезни отмечаются депрессивные или гипоманиакальные состояния, оглушенность, делирий с явлениями психомоторного возбуждения. В хронической фазе болезни нарастает пластический тонус, тремор (дрожание рук), резко выражена заторможенность в двигательной сфере (лицо маскообразно, замедленность и скованность движений, дрожание рук, отсутствие содружественных движений, шаркающая походка), речевой (монотонная и невнятная речь, лишенная модуляций) и психической сфере (большим трудно думать, все психические процессы замедлены), обуславливающая инвалидность больных.

При стволотой локализации процесса отмечается только острая фаза болезни, которая чаще заканчивается летально, так как у больных страдают ядра черепно-мозговых нервов и в частности блуждающий нерв, который регулирует сердечно-сосудистую и дыхательную систему.

К остаточным явлениям перенесенного энцефалита относятся изменения психической деятельности, характеризующиеся распадом мыслительной деятельности, высвобождением низших влечений: прозорливости, усиления полового влечения (открытый онанизм, попытки к изнасилованию, циничные разговоры). В ряде случаев гипердинамическая расторможенность проявляется злобностью, жестокостью, аффективностью, гневливостью, разрушительными действиями. Длительные наблюдения показали, что клиническая картина хронически текущего энцефалита с основной локализацией процесса в подкорковой области соответствует болезни Пар-кинсона, которая была описана за 50 лет до Экономо. Можно предположить, что болезнь Паркинсона в данном случае является хронической фазой энцефалита.

Другие формы энцефалита (клещевой, комариный) носят сезонный характер, протекают остро с выраженными неврологическими симптомами (парезами, параличами, судорожными состояниями), часто заканчиваются летально.

Форма вирусного энцефалита (энцефалит К), протекающего на фоне гриппозных явлений, характеризуется наличием вестибулярных расстройств, явлений дереализации (искаженное восприятие формы и величины предметов и явлений) и деперсонализации (искаженное восприятие собственного тела). Больные при этом утверждают, что все окружающее как-то изменилось: предметы увеличились (макроскопия) или уменьшились (микроскопия), изменилась их форма (метаморфопсия), они удаляются или приближаются и т. д. Заболевшие школьники жаловались, что дорога в школу изменилась, стала бугристой. Изменилась походка. Дети рассказывали, что «во время ходьбы ногу поднимешь, чтобы переступить бугорок, а его нет». Рука воспринимается то маленькой, то большой, удлинненной. Изменился почерк и величина букв при написании слов. Первыми на изменение почерка обратили внимание учителя школы. Дети были обследованы и направлены на стационарное лечение. После проведенного курса лечебных мероприятий все основные явления компенсировались, сохранялись периодически наступающие головные боли.

Лечебно-педагогические мероприятия. В острой фазе болезни больные находятся в стационаре, где проводятся специальные методы терапевтического воздействия. После выписки из больницы больные еще длительное время находятся под наблюдением невропатолога и психиатра. По мере выздоровления решаются вопросы дальнейшего воспитания и обучения данной категории детей и подростков. Чем моложе ребенок, тем тяжелее последствия: у детей задерживаются в развитии психические функции, возникают трудности поведения и социализации, нарушаются ранее усвоенные формы поведения, теряется запас ранее полученных сведений и не усваиваются новые знания, что приводит к снижению интеллекта. По мере необходимости детей наблюдают не только медицинские работники, но и педагоги-дефектологи для решения вопроса о методах и месте обучения. Учебные и воспитательные мероприятия должны быть четко согласованы между собой, при распределении учебного материала необходимо сочетать теоретические и практические занятия, постепенно усложнять задания, неоднократно повторять задания, часто возвращаться к пройденному материалу. При ухудшении общего состояния детей и подростков необходимо периодически направлять в больницу для поддержания их работоспособности и нормализации поведения.

Вопросы для самостоятельной работы:

1. В чем различие соматических и инфекционных заболеваний?
2. Чем обусловлены психические расстройства на фоне соматических заболеваний?
3. Что такое нейроинфекция? Какие формы нейроинфекций вы знаете?
4. Расскажите о различиях психических нарушений при менингите и энцефалите.
5. Расскажите о профилактике инфекционных заболеваний в детском возрасте.

6. Какую помощь может оказать воспитатель и педагог детям, перенесшим менингит и энцефалит?

4.1.4 Интоксикации (алкоголизм, наркомания)

Алкоголизм — хроническая болезнь, развивающаяся вследствие длительного злоупотребления спиртными напитками с патологическим влечением к ним, обусловленным психической, а затем и физической зависимостью от алкоголя. Термин «хронический алкоголизм» считается устаревшим, так как острую интоксикацию называют алкогольным опьянением. Алкоголизм сам по себе расстройство не психотическое, но при нем могут возникать психозы, причиной которых служит как хроническое отравление самим алкоголем, так и вызванные им нарушения метаболизма, в особенности функций печени. Алкогольное опьянение может стать также провокатором эндогенных психозов. На исходной стадии алкоголизма развивается деменция.

Алкоголизм (алкогольная зависимость по МКБ-10) — заболевание, характеризующееся патологическим влечением и зависимостью от алкоголя, приобретенное в результате систематического потребления спиртных напитков.

Синдром зависимости от алкоголя включает в себя:

- 1) сильное желание принять алкоголь или настоятельную потребность в его приеме;
- 2) нарушение способности контролировать потребление алкоголя;
- 3) употребление алкоголя, как в будни, так и в выходные дни, несмотря на социально сдерживающие факторы;
- 4) прогрессирующее пренебрежение к альтернативным удовольствиям и интересам;
- 5) продолжение употребления алкоголя, несмотря на очевидные вредные последствия;
- 6) абстинентный синдром;
- 7) опохмеление;
- 8) повышение толерантности к алкоголю.

Согласно инструкции МКБ-10 для установления диагноза алкогольной зависимости достаточно наличие одновременно трех признаков на протяжении 1 месяца или, если они наблюдаются в более короткие периоды времени, но периодически повторяются в течение 12 месяцев.

Алкогольное опьянение

Опьянение проявляется психическими, неврологическими и соматическими нарушениями. Их тяжесть зависит не только от дозы алкоголя, но и от скорости его всасывания из желудочно-кишечного тракта и от чувствительности к нему организма. Всасывание алкоголя происходит в желудке и в тонком кишечнике. Обильная, особенно богатая жиром и крахмалом (картофель) пища замедляет всасывание. Натощак и в присутствии углекислоты (шампанское, газированные напитки) всасывание ускоряется. Чувствительность повышается при утомлении, голодании, недосыпании, охлаждении и перегревании. Переносимость алкоголя снижена у детей, инфантильных подростков, стариков и у соматически ослабленных людей. Она может зависеть от генетических факторов, например от определяющих активность ферментов, перерабатывающих алкоголь. Из-за генетически обусловленной низкой активности этих ферментов некоторым народам Крайнего Севера присуща крайняя непереносимость алкоголя: от умеренных доз у них может наступить опасное для жизни коматозное состояние.

Типичная картина (простое опьянение)

У непьющих эта картина простого опьянения встречается наиболее часто. В зависимости от тяжести состояния принято выделять три степени опьянения.

У лиц с легкой степенью опьянения состояние напоминает гипоманиакальное и обычно проявляется повышением настроения (эйфория) с чувством удовольствия, комфорта и желанием общаться с окружающими. Люди становятся говорливыми, речь делается громкой и быстрой, мимика утрированной, жесты размашистыми, движения порывистыми, но менее точными. Внимание легко отвлекается. Качество работы, особенно требующей сосредоточения, ухудшается, но свои возможности человек переоценивает. Отмечаются гиперемия лица, тахикардия, повышение аппетита и растормаживание сексуального влечения. Через 2—4 ч наступает вялость и сонливость. Весь период опьянения вспоминается хорошо.

У лиц со средней степенью опьянения отмечаются выраженные неврологические нарушения: речь делается смазанной (дизартрия), походка — шаткой, при стоянии они покачиваются (атаксия), почерк резко меняется, при пальце-носовой пробе промахиваются. Нередко возникает тошнота и рвота (при развитии алкоголизма их уже не бывает). Настроение неустойчивое: эйфория с бурными проявлениями веселья чередуется с раздражительностью, озлобленностью, склонностью к скандалам и агрессии. Внимание переключается с трудом. Ориентировка в окружающем сохранена. Возбуждение сменяется глубоким сном, за которым следуют разбитость, вялость, головная боль. О некоторых событиях во время опьянения могут помнить смутно.

Тяжелая степень опьянения проявляется прогрессирующим угнетением сознания — от выраженного оглушения до сопора и комы. Во время оглушения опьяневшие стоять не могут (атаксия). Лицо амимично. Рвота опасна аспирацией рвотных масс. Нередко недержание мочи и кала. Тело становится холодным, конечности — цианотичными. Оглушение с маловнятным бормотанием или отдельными эмоциональными выкриками переходит в беспробудный сон — сопор, во время которого даже старый прием — запах нашатырного спирта — не пробуждает, а лишь вызывает гримасу и стон (псевдоаффект). В коматозном состоянии исчезает реакция зрачков на свет, а при углублении комы — корнеальный рефлекс, дыхание делается затрудненным, пульс ослабевает. После пробуждения от тяжелой степени опьянения воспоминаний не сохраняется (амнезия). Несколько дней удерживается астения и потеря аппетита.

Атипичная картина опьянения

Атипичная картина опьянения развивается при некоторых видах психопатий (расстройств личности), после перенесенных в прошлом черепно-мозговых травм, мозговых инфекций, нейроинтоксикаций, психических заболеваний, при некоторых хронических соматических заболеваниях. Атипичному опьянению способствуют также вынужденная бессонница, сильный эмоциональный стресс, а также сочетание алкоголя с другими токсическими и лекарственными средствами.

Дисфорическое опьянение встречается при эксплозивных и эпилептоидных психопатиях и акцентуациях характера эпилептоидного типа, после черепно-мозговых травм, при эпилепсии с изменениями личности. Вместо эйфории возникает дисфория — злобно-мрачное настроение с желанием «разрядиться» на окружающем. Больные пристают к другим людям, задирают их, наносят побои, иногда жестокие, в драке звереют. Ломают вещи, бьют стекла и посуду. Сексуальная агрессия сочетается с садизмом. В одиночестве могут наносить самоповреждения, особенно порезы.

Депрессивное опьянение характерно для тех, кто вообще склонен к депрессиям (циклоидные и сенситивные личности), или для перенесших тяжелые психические травмы, употребляющих алкоголь, чтобы «забыться». Жалобные причитания и плач сопровождаются высказываниями о мрачной безысходности, самоупреками, самобичеванием или обвинениями других в несправедливости. У больных в состоянии легкого опьянения иногда бывает только мрачный вид, они молчаливы, переживания таят в себе. В эти моменты они могут совершать неожиданные для окружающих суицидные действия.

Сомнолентное опьянение встречается у астеничных и ослабленных субъектов, при

быстром всасывании алкоголя (газированные напитки), а также при его сочетании с транквилизаторами или клофелином. Эйфория мимолетна или вовсе отсутствует, вегетативные нарушения не выражены. После приема алкоголя быстро наступает крепкий сон. Его глубина и продолжительность зависят от степени опьянения, возможен переход в сопор и кому.

Истерическое опьянение возникает при гистрионическом расстройстве личности (истерической психопатии) и при истероидной акцентуации характера. Проявляется бурной экспрессией — патетическими интонациями, выразительными жестами, позами, утрированной мимикой. Пьяный перед окружающими разыгрывает спектакль, изображая несчастного и страдающего или выдающуюся личность, никем не понятую и т. д. Опьянение может завершиться истерическим припадком.

Другие виды атипичного опьянения, например гебефреническое с нелепым хохотом и кривляньем или импульсивными поступками, встречаются довольно редко.

Патологическое опьянение

В редких случаях прием алкоголя (иногда даже небольшого количества крепких напитков у непьющих) вызывает транзиторный (кратковременный) психоз. Начало его внезапное, а длительность — от получаса до суток. Протекает с картиной сумеречного состояния или острого параноида.

Сумеречное патологическое опьянение проявляется отрешенным видом больных, которые куда-то стремятся, от кого-то убегают, проявляют агрессию — жестокою и бессмысленною. Движения хорошо координированы. Сохраняется возможность действий, требующих навыков и даже ловкости. Поэтому на окружающих они не производят впечатление опьяневших, а лишь слегка выпивших. В контакт с ними вступить не удастся. Совместная с кем-либо деятельность невозможна, все поступки совершаются в одиночку. Действуют молча или с отдельными злобными выкриками. Лицо бледное, зрачки расширены. Все завершается крепким сном (порой засыпают в самом неподходящем месте) или полной прострацией с вялостью и безучастностью к тому, что происходит вокруг, и убеждением, что все, что они натворили, не имеет к ним никакого отношения. Амнезия обычно бывает полной. Реже сохраняются отрывочные воспоминания, похожие на сновидения: сперва их помнят, а потом забывают. Этот тип патологического опьянения чаще возникает у тех, кто перенес черепно-мозговые травмы, болен эпилепсией или при эпилептоидной психопатии.

Параноидное патологическое опьянение отличается внезапным, как озарение, бредовым толкованием происходящего вокруг. С ним могут быть связаны иллюзии, реже слуховые и зрительные галлюцинации. Обычно преобладает страх: считают, что окружены бандитами, террористами, что их хотят убить и т. д. Реже преобладает бред отношения или воздействия. Содержание бредовых переживаний нередко связано с ранее виденным или от кого-то услышанным, но произведшим большое впечатление. Как правило, наблюдаются также некоторые изменения сознания: отдельные периоды времени или эпизоды полностью выпадают из памяти, другие, наоборот, могут запоминаться своей необычной яркостью, видением малейших деталей. Все завершается обычно не сном, а состоянием прострации.

Пьянство как предшественник алкоголизма. Многократное и даже довольно регулярное употребление алкоголя в дозах, вызывающих выраженное и даже сильное опьянение, само по себе не является алкоголизмом как болезнь, если не сопровождается характерными для этого заболевания признаками. В развитых странах не более 10% взрослой популяции относится к абсолютным трезвенникам — полностью воздерживающимся от спиртных напитков. Пьянством принято считать такие многократные и регулярные выпивки, которые наносят явный ущерб соматическому здоровью или создают социальные проблемы на работе, в семье, в обществе. Ему нередко дают разные названия: «злоупотребление алкоголем», «бытовое пьянство», «донозологический алкоголизм» и др.

Алкоголизм обычно развивается после нескольких лет пьянства (злокачественные

формы даже за год—два). Однако некоторые лица могут пьянствовать многие годы без развития у них алкоголизма.

Стадии алкоголизма

Первая стадия (стадия психической зависимости)

Патологическое влечение к алкоголю (его также называют «первичным», «обсессивным») является главным среди начальных признаков. Алкоголь становится средством, постоянно необходимым, чтобы поднять настроение, чувствовать себя уверенно и свободно, забыть о неприятностях и невзгодах, облегчить контакты с окружающими, эмоционально разрядиться.

Психическая зависимость от алкоголя основывается на этом влечении. Суть ее состоит в том, что выпивки делаются главным интересом в жизни: все помыслы сосредоточиваются на них, придумываются поводы, изыскиваются компании, всякое событие прежде всего рассматривается как причина для выпивки. Ради этого забрасываются другие дела, развлечения, хобби, не сулящие застолий, знакомства. На спиртное тратятся деньги, предназначенные на самое необходимое. Выпивки становятся регулярными — по 2—3 раза в неделю и чаще.

Кроме патологического влечения и психической зависимости, остальные признаки являются менее постоянными и поэтому менее надежны для диагностики алкоголизма.

Повышение толерантности к алкоголю, т. е. минимальной его дозы, способной вызвать хотя бы легкое опьянение (или, наоборот, максимальной дозы, не вызывающей его), на первой стадии достигает того, что для опьянения требуется доза в 2—3 раза большая, чем прежде. Однако после длительного перерыва в выпивках толерантность может падать. В подростковом и юношеском возрасте она может расти без алкоголизма за счет физического развития, увеличения массы тела. Наиболее точная оценка толерантности может быть сделана по минимальному содержанию алкоголя в крови, когда очевидны первые признаки опьянения.

Утрата количественного и ситуационного контроля проявляется тем, что, начав пить, люди не могут остановиться и напиваются до тяжелого опьянения (т. е. в опьянении патологическое влечение к алкоголю еще более усиливается), а также тем, что перестают учитывать ситуацию, когда появление в нетрезвом виде грозит серьезными неприятностями. Но иногда контроль утрачивается только на II стадии алкоголизма. Изредка, особенно при эпилептоидных психопатиях и акцентуациях характера, встречается изначальное отсутствие количественного контроля: с первых опьянений возникает неудержимое желание напиться «до отключения». Подростки и молодежь иногда пренебрегают ситуацией из-за бравады.

Исчезновение рвотного рефлекса, который является защитным (из желудка удаляется часть алкоголя), свидетельствует о привыкании к большим дозам. Однако у 5—10% этот рефлекс может изначально отсутствовать. Тогда большая доза алкоголя вызывает беспробудный сон, сопор, кому.

Блекауты (палимпсесты) — выпадение из памяти отдельных периодов опьянения, во время которых сохранялась способность действовать и говорить и даже не производить на других впечатление сильно опьяневших. Этот феномен появляется в одних случаях на первой, в других — на второй стадии алкоголизма. У тех, кто перенес черепно-мозговые травмы или болен эпилепсией, а также при эпилептоидной психопатии и акцентуации характера блекауты могут появляться с первых в жизни сильных опьянений.

Вторая стадия (стадия физической зависимости)

Физическая зависимость от алкоголя служит основным признаком II стадии. Суть ее состоит в том, что регулярное поступление алкоголя в организм становится необходимым условием для поддержания измененного гомеостаза — постоянства внутренней среды. Многолетние постоянные выпивки приводят к перестройке биохимических процессов.

Например, резко активизируется ферментная система, участвующая в переработке алкоголя. Например, у непьющих около 80% воссавшегося алкоголя разрушается алкогольдегидрогеназой печени, около 10% — каталазой в других тканях и еще 10% выводится с выдыхаемым воздухом, мочой и калом. По мере развития алкоголизма активность каталазы возрастает — на II стадии до 50% уже инактивируется ею. Повышается также активность аспартат- и аланинаминотрансфераз и других ферментов, происходят иные сдвиги, касающиеся биологически активных веществ (катехоламинов, кинуренинов и др.), которые предназначены для биохимической адаптации к постоянному поступлению больших доз алкоголя.

Компульсивное (вторичное, неодолимое) влечение основывается на физической зависимости. Оно сравнимо с голодом и жаждой. Алкоголь делается насущной потребностью. Его отсутствие вызывает болезненные расстройства.

Абстинентный синдром — болезненное состояние, возникающее вследствие прекращения поступления привычной дозы алкоголя. Его особенность состоит в том, что все нарушения на время устраняются или смягчаются приемом спиртных напитков. Абстиненция проявляется психическими, неврологическими и соматическими расстройствами. Астения, раздражительность, беспричинная тревога сочетаются с бессонницей или беспокойным сном и кошмарными сновидениями. Характерны мышечный тремор (особенно крупноразмашистый пальцев рук), чередование озноба и проливного пота, жажда и утрата аппетита. Больные жалуются на головную боль и сердцебиение. Артериальное давление нередко повышено, иногда значительно. В зависимости от типа акцентуации характера могут проявляться дисфория, истерическое поведение с демонстративными суицидными попытками или депрессии с истинными суицидными намерениями, паранойяльные идеи ревности, преследования, отношения. В тяжелых случаях могут развиваться алкогольный делирий («белая горячка») и судорожные припадки («алкогольная эпилепсия»).

Во время абстиненции резко обостряется вторичное патологическое влечение к алкоголю, оно становится неодолимым.

Абстиненция начинается через 12—24ч. после выпивки. Продолжительность ее зависит от тяжести — от 1—2 суток до 1—2 недель. При интенсивном лечении она завершается быстро и протекает легче.

На II стадии алкоголизма встречаются также другие симптомы. Но их диагностическое значение меньше. Одни из них непостоянны, другие могут проявляться еще на I стадии.

Толерантность к алкоголю может возрастать в 5 и более раз в сравнении с первоначальной опьяняющей дозой. Утрата количественного контроля, как правило, имеет место. Нередко может быть отмечена «критическая» доза алкоголя, после которой никакой контроль невозможен. Более очевидной становится потеря ситуационного контроля — пьют с кем попало и где попало. При отсутствии спиртных напитков прибегают к суррогатам — различным спиртосодержащим жидкостям (политура, клей БФ и т.д.). Более частыми и выраженными становятся блекауты (палимпсесты).

Изменение картины опьянения более характерно для II стадии. Эйфория становится короче и слабее. Ее заменяют раздражительность, взрывчатость, недовольство, склонность к скандалам и агрессии. Более частыми бывают дисфорический и истерический типы опьянения.

Изменение формы злоупотребления алкоголем сводится к тому, что часть больных пьянствует постоянно, а часть — периодически. Встречается также промежуточная форма. При постоянном злоупотреблении почти каждый вечер больные выпивают большие дозы алкоголя, а по утрам — небольшие («похмеляются»), чтобы избежать абстиненции. Для периодической формы характерны запои, а между ними — умеренное злоупотребление или даже полное воздержание.

Истинные запои (характерны для III стадии) — особая форма алкоголизма (прежде называвшаяся дипсоманией), развивающаяся на фоне циклоидной акцентуации характера или циклотимии. Запой предшествует аффективная фаза в виде «смешанного состояния»: депрессия сочетается с беспокойством и неудержимым желанием подавить тягостное состояние с помощью алкоголя. Запой длится несколько дней, при этом в первые дни обнаруживается высокая толерантность к алкоголю, в последующие дни она падает. Запой нередко завершается аверсионным синдромом — полным отвращением к алкоголю, один вид которого вызывает тошноту и рвоту. Далее в течение нескольких недель или месяцев больные полностью воздерживаются от выпивок до наступления следующей аффективной фазы.

Ложные запои (псевдозапои) характерны для II стадии алкоголизма. Они возникают вследствие социально-психологических факторов (конец рабочей недели, получение денег и т. д.). Именно от этих факторов зависит периодичность пьянства, никаких аффективных фаз в основе их не лежит. Длительность запоев различна. Они прерываются вследствие активного противодействия окружения (дисциплинарные меры, ведущие к стрессу скандалы и т. д.) или по причине отсутствия спиртных напитков.

Изменения личности становятся выраженными именно на II стадии. Заостряются черты акцентуации характера. Гипертимы делаются более эйфоричными, неразборчивыми в знакомствах, склонными к нарушениям правил и законов, к риску, безалаберному образу жизни; шизоиды становятся еще более замкнутыми, эпилептоиды — эксплозивными и склонными к дисфориям, у истероидов усиливаются присущие им демонстративность и театральность. Однако заострение черт типа акцентуации у подростков и молодежи может происходить еще на I стадии алкоголизма, а неустойчивый тип акцентуации даже может достигать степени психопатии.

Соматические осложнения алкоголизма также нередко начинаются со II стадии. Особенно характерна алкогольная жировая дистрофия печени, которая выступает из-под реберной дуги, болезненна при пальпации, могут нарушаться функциональные пробы. Может развиваться хронический алкогольный гепатит. Поражения печени грозят ее алкогольным циррозом. Другим нередким осложнением является алкогольная кардиомиопатия (тахикардия, расширение границ сердца, приглушение сердечных тонов, одышка при физических нагрузках). Встречаются алкогольные панкреатиты, как острые, так и хронические, а также алкогольные гастриты. Алкоголизм способствует развитию язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Сексуальные нарушения после частого повышения сексуальной активности на I стадии из-за пренебрежения этически-моральными ограничениями на II стадии начинают проявляться ослаблением сексуальной потенции (у мужчин уменьшаются эрекции, появляется преждевременная эякуляция), которое может сочетаться с усилением чувства ревности к супругам и сожительницам.

Социальная дезадаптация бывает различной по степени — от полной с паразитическим образом жизни и преступлениями до весьма умеренной с удовлетворительной трудоспособностью и сохранением, несмотря на конфликты, семьи. В значительной мере дезадаптация зависит от отношения близких и окружения к больному алкоголизмом.

Третья стадия (стадия алкогольной деградации)

Снижение толерантности к алкоголю иногда наступает после многих лет высокой выносливости и является главным признаком III стадии. Сперва уменьшается разовая доза — опьянение наступает от маленькой рюмки. Суточная доза уменьшается позднее. Переходят от крепких напитков к слабым, обычно к дешевым винам. Перерыв алкоголизации вызывает тяжелые явления абстиненции с бессонницей, тревогой, страхом, выраженными неврологическими и соматическими нарушениями. Иногда во время абстиненции развивается делирий или судорожный припадок.

«Псевдоабстиненции» — состояния со многими признаками абстинентного синдрома (мышечный тремор, потливость и ознобы, бессонница, тревога и депрессия), возникающие во время ремиссии — после длительного (недели, месяцы) воздержания от алкоголя. Во время них влечение к алкоголю снова становится неодолимым. Толчком для развития псевдоабстиненции могут быть острые соматические или инфекционные заболевания, реже — эмоциональные стрессы. Иногда псевдоабстиненции возникают периодически без видимых причин. Эти состояния чаще всего встречаются на III стадии.

Алкогольная деградация проявляется однообразными изменениями личности — прежние заостренные черты определенного типа акцентуации сглаживаются. Утрачиваются эмоциональные привязанности. Больные становятся безразличными к близким, пренебрегают самыми элементарными моральными и этическими принципами, правилами общежития. Некритически относятся к своему поведению. Эйфоричность сочетается с грубым цинизмом, плоским «алкогольным» юмором, чередуется с дисфориями и агрессивностью. Развиваются психоорганические нарушения: ухудшается память, затрудняется переключение внимания, снижается интеллект (алкогольная деменция). Нарастает пассивность, вялость. Больные ко всему, кроме выпивки, становятся совершенно безразличными.

Социальная дезадаптация обычно бывает полной: больные оказываются нетрудоспособными, семейные связи порываются, они ведут паразитический образ жизни.

Соматические последствия на III стадии бывают тяжелыми. Нередки циррозы печени и выраженные кардиомиопатии.

Алкогольные полиневропатии («алкогольные полиневриты») проявляются жалобами на боли и неприятные ощущения в конечностях — онемение, парестезии, судорожные сведения. У больных нарушается походка. Могут быть парезы, атрофируются мышцы. Деструктивные изменения периферических нервных волокон связывают не только с прямым токсическим действием алкоголя, но и с дефицитом витаминов группы В, а также с интоксикацией в связи с поражением печени.

Алкогольные психозы на III стадии значительно учащаются. Делирии бывают повторными. Встречаются острый и хронический слуховые галлюцинозы, энцефалопатические психозы.

Течение

Алкоголизм, как правило, развивается медленно. У подавляющего большинства больных I стадия становится очевидной после 5—10 лет пьянства, а у 10% — через 15 лет и более. На скорость развития влияет интенсивность пьянства. При систематическом приеме алкоголя в дозах, превышающих 0,5 л водки, 1—2 раза в неделю первые признаки алкоголизма могут обнаруживаться уже через год, а при дозах до 200 г почти ежедневно эти же признаки появляются через 5 лет и более.

Продолжительность I стадии в среднем составляет 3—5 лет, длительность II стадии весьма различна — у большинства от 5 до 15 лет.

Злокачественный алкоголизм отличается резким сокращением всех упомянутых сроков. За 1—2 года пьянства появляются признаки I стадии, еще через год-другой наступает II стадия. Нередки разнообразные осложнения, в особенности алкогольные психозы.

Злокачественное течение встречается у лиц, перенесших черепно-мозговые травмы, мозговые инфекции и нейроинтоксикации (например, после злоупотребления ингаляциями паров бензина), при эпилептоидных психопатиях и при конституциональной интолерантности к алкоголю. Злокачественный алкоголизм составляет 5—10%.

Возрастные и половые особенности алкоголизма

Ранний (подростковый, юношеский) алкоголизм включает формирование признаков хотя бы I стадии в возрасте до 18 лет. Существует мнение, что этот алкоголизм протекает

всегда злокачественно. Однако в большинстве случаев признаки зависимости появляются только после 3—5 лет пьянства. В подростковом возрасте чаще приходится сталкиваться с I стадией алкоголизма, II стадия встречается редко, а III стадия вообще не успевает развиваться. Поэтому алкогольные психозы в этом возрасте также нечасты, если только выпивки не сочетаются с приемом других психоактивных средств. Социальная дезадаптация наступает быстро, иногда еще до первых признаков алкоголизма.

Факторы риска развития алкоголизма у подростков

(Шабанов П. Д., 2002)

1. Психопатии.
2. Психотравмирующие факторы (потеря матери, алкоголизм родителей, конфликты в семье, педагогическая и социальная запущенность).
3. Органическое поражение ЦНС различного генеза (черепно-мозговые травмы, нейроинфекции и др.).
4. Наследственная отягощенность алкоголизмом.

Особенности формирования и течения алкоголизма у подростков

1. Склонность к злокачественному течению алкоголизма в том случае, если заболевание развивается на неблагоприятной преморбидной основе (эпилептиформный или неустойчивый тип личности и высокая генетическая предрасположенность). В среднем алкоголизм у подростков формируется через 3 -5 лет после начала постоянного употребления алкоголя (Личко А.Е., 1995).

2. Основные синдромы алкоголизма быстро подвергаются обратному развитию в случае прекращения употребления алкоголя.

3. Отсутствие, с самого начала злоупотребления алкоголем, количественного и ситуационного контроля над приемом спиртного. Согласно статистике 5—7% отравлений у детей приходится на долю алкогольных интоксикаций.

4. Алкогольный абстинентный синдром характеризуется отсутствием выраженных сомато-неврологических проявлений и кратковременностью течения. В его структуре преобладают депрессивно-дисфорические, диссомнические и астенические проявления. Спустя 3 - 5 дней они проходят, оставляя после себя патологическое влечение к алкоголю, которое не встречает никакого внутреннего сопротивления и полностью подчиняет себе поведение подростка.

5. Характерно сочетание алкоголизма с приемом других психоактивных веществ (гашиш, ацетон, клей и др.).

Таблица 2

Этапы развития алкоголизма у подростков (Бабаян Э. А., Гонопольский М. Х.)

I этап (начальный)	Происходит привыкание к алкоголю на фоне регулярного его приема. Продолжительность этапа 3-6 месяцев
II этап	Растет доза и частота приема алкоголя, меняется поведение. Длительность этапа до 1 года. Прекращение употребления алкоголя
III этап	Развитие патологического влечения к алкоголю (психической зависимости) с нарастанием толерантности в 3-4 раза. Многодневное, иногда постоянное употребление спиртных напитков. Длительность этапа от нескольких месяцев до нескольких лет.

IV этап (хр. стадия)	Формируется абстинентный синдром (физическая зависимость) преимущественно с преобладанием в его структуре психопатологического компонента. Абстиненция непродолжительна и наступает после приема больших доз алкоголя.
V этап	Быстрое формирование алкогольной деградации личности вплоть до слабоумия. Выраженное снижение адаптации.

Алкоголизм в пожилом возрасте, если пьянство в этом же возрасте началось, разворачивается относительно медленно. Однако соматические осложнения выступают рано и само старение ускоряется.

Женский алкоголизм протекает, как правило, более тяжело, чем у мужчин: быстрее формируется, одна стадия скорее сменяет другую, чаще встречается злокачественный тип. Весьма выраженной бывает социальная дезадаптация.

Симптоматический алкоголизм

Этим термином обычно обозначают присоединение алкоголизма к другим психическим расстройствам.

При шизофрении само алкогольное опьянение, особенно в подростковом и молодом возрасте, может оказаться провокатором приступа или начала непрерывно-прогредиентного течения. Больным шизофренией свойственны атипичные опьянения — с импульсивными нелепыми поступками, с гебефреническим дурашливым возбуждением, депрессивное или дисфорическое. Может возникнуть патологическое параноидное опьянение.

Течение самого алкоголизма различно. Нередко случаи, когда продолжительное тяжелое пьянство неожиданно легко обрывается без заметных явлений абстиненции и даже само влечение к алкоголю исчезает. Однако возможны и случаи злокачественного развития алкоголизма. При вялотекущей шизофрении и во время ремиссий алкоголизм встречается чаще.

Алкоголизму присуще, патопластическое действие — изменение картины самой шизофрении. При параноидной форме усиливается слуховой вербальный галлюциноз и могут появиться мучительные сенестопатии. При вялотекущей форме и во время ремиссий становятся более выраженными психопатоподобные расстройства (жестокость, сексуальная расторможенность, грубая циничность).

При маниакально-депрессивном психозе алкоголизм присоединяется относительно редко. Опьянение может провоцировать маниакальную фазу. Попытки больных в начале депрессии прервать ее с помощью алкоголя лишь ухудшают настроение. Иногда алкоголизм может развиваться на фоне затяжных депрессий. Периодический тип течения алкоголизма в виде истинных запоев предположительно связывается с циклотимией.

При эпилепсии присоединяющийся алкоголизм значительно отягощает течение. Характерны дисфорические опьянения и раннее появление блекаутов (палимпсестов). Пьянство довольно быстро переходит в алкоголизм и чаще протекает по периодическому типу — с истинными и ложными запоями. После запоев резко учащаются припадки, могут возникнуть сумеречные состояния, развиваться эпилептический статус.

При посттравматической энцефалопатии развитие алкоголизма нередко бывает злокачественным. Опьянение протекает по дисфорическому типу или эйфория чередуется с эксплозивностью — взрывами раздражения и агрессии. Возможны патологические сумеречные опьянения. На II стадии нередки алкогольные делирии. Блекауты могут

появиться с первого опьянения и распространиться почти на весь его период. В ходе развития алкоголизма резко усиливаются психопатологические изменения личности.

Этиология и патогенез алкоголизма

Длительное и интенсивное злоупотребление спиртными напитками — обязательное, но не единственное условие развития алкоголизма как болезни. Некоторые люди пьянствуют по 15 лет и более и ни физической, ни психической зависимости от алкоголя у них не обнаруживается. Факторы, участвующие в формировании алкоголизма, принято разделять на социальные («алкогольный климат» в обществе, питейные традиции, алкогольная политика правительства), психологические и биологические. Среди психологических факторов особое внимание привлекает мотивация употребления спиртных напитков.

Мотивы, т. е. побуждения к выпивкам, принято разделять на гедонистические (желание испытать удовольствие, вызвать эйфорию, почувствовать себя «на высоте» и т. д.) и атарактические (стремление к релаксации — успокоению, уходу от неприятностей и трудностей, устранению беспокойства и тревоги). Кроме того, выделяются мотивы социально-психологические: традиционные (питейные обычаи субкультуры) и субмиссивные (подчинение влиянию других людей и групп).

С появлением психической зависимости ведущим становится аддиктивный мотив (пристрастие, патологическое влечение к алкоголю), а с развитием физической зависимости — страх абстиненции, желание ее предотвратить или прервать.

От истинной мотивации следует отличать мотивировку — объяснение, которое дает сам пьющий. Мотивировка может маскировать или искажать истинную мотивацию.

Патогенез в качестве основных звеньев имеет формирование психической и физической зависимости — первичного и вторичного влечения к алкоголю. Хроническая интоксикация алкоголем вызывает разнообразные биохимические и нейрофизиологические изменения в организме в целом и в мозге в частности. Однако, какие из них являются следствием интоксикации, а какие лежат в основе зависимости, пока определенно выявить не удастся. Предполагается, что в основе психической зависимости лежат нейрофизиологические сдвиги — патологическая активация определенных гипоталамических систем, получивших название «центр наслаждения». Согласно гипотезе И. П. Анохиной, эта активация вызвана действием алкоголя на катехоламиную систему гипоталамуса: избыточное высвобождение норадреналина ведет к его дефициту, на фоне которого для активации нужны новые поступления алкоголя. Основу физической зависимости составляет усиленный распад и синтез катехоламинов. Когда очередная доза алкоголя не поступает, то распад снижается, а синтез остается усиленным — в мозге накапливается предшественник норадреналина дофамин. Важная роль в патогенезе другими авторами приписывается нарушениям обмена серотонина, кинуренинов, гамма-аминомасляной кислоты и других биологически активных веществ. Ведется поиск связи с дисфункцией опиатной системы организма — изменением активности опиатных рецепторов и эндогенных морфиноподобных веществ (эндорфины, энкефалины) в надежде найти единый механизм зависимости и от алкоголя, и от наркотиков, и от других токсичных веществ. Возможно также, что в развитии физической зависимости участвует изменение ферментных систем печени и других тканей — повышение активности алкогольдегидрогеназы и каталазы, снижение активности фермента, расщепляющего ацетальдегид (промежуточный продукт, окисления алкоголя).

Роль наследственности становится очевидной из ряда факторов. Риск алкоголизма остается высоким у детей алкоголиков, которые с младенчества воспитывались непьющими приемными родителями. Совпадение алкоголизма у монозиготных близнецов значительно чаще, чем у дизиготных. Существуют целые народности с крайне низкой толерантностью к алкоголю. Наследуется не сам алкоголизм, а предрасположение к нему, высокий риск его развития, если начинается злоупотребление. Например, наследоваться могут некоторые черты характера, способствующие самому злоупотреблению — «гедонистические

стремления» при неустойчивом типе психопатии и акцентуации характера. Наследственной может быть недостаточность некоторых ферментных систем, отчего толерантность к алкоголю оказывается низкой.

Алкогольная эмбриопатия — заболевание новорожденного, возникающее в том случае, если мать во время беременности регулярно злоупотребляла спиртными напитками. Алкоголь легко проникает через плацентарный барьер (так же как и в молоко кормящей матери). Новорожденные обнаруживают признаки зависимости от алкоголя, проявляющиеся непрерывным беспокойством и нарушением физиологических функций. В дальнейшем выявляется отставание в физическом и интеллектуальном развитии.

Наркомания. Психические расстройства при наркомании

Человек всегда искал способ избавиться от боли, улучшить свое настроение, обмануть голод, укрепить силы, побороть страх, найти путь к собственному счастью. Так люди стали потребителями различных трав или химических препаратов, оказывающих успокаивающее или тонизирующее действие.

Истоки возникновения и проявления наркомании

В специальной литературе говорится (Д. Бабоян), что первые сведения о наркотических препаратах пришли в Европу из Южной Америки, где растет диковинный кустарник, листья которого бодрят и веселят, когда их жуют. Этот кустарник назывался «кокой». Традиция кокады настолько давняя и безоговорочная, что дозами комочка «коки» измерялось все: расстояние между селениями, рабочий день, оплата. В Европу кустарник «коки» впервые попал в 1750 г., листья кустарника были подвергнуты исследованию и выявлено действие сока, который поступает в организм человека при жевании. В 1839 г. было обнаружено анестезирующее действие кокаина. В 1840 г. французский психиатр М. Моро издает большой труд, раскрывающий сущность наркотических препаратов, которые, наряду с обезболивающим действием, при использовании больших доз вызывают галлюцинации и умственные расстройства.

К обезболивающим веществам было привлечено внимание во второй половине XIX в. и начато фабричное их изготовление. В России первые наркотические вещества (хлороформ и эфир) были использованы И.П. Пироговым в 1870 г. во время Крымской войны для проведения сложных операций. После операции больному необходимо было вводить малые дозы обезболивающих препаратов для снятия послеоперационного болевого синдрома. К таким препаратам относились производные опиума — «опиаты». На первых этапах обезболивающие препараты широко использовались в хирургической, терапевтической и неврологической клиниках для снятия болевого шока. В экспериментальных случаях (один из них провел З. Фрейд) при употреблении кокаина ощущалась повышенная работоспособность, хорошее настроение. Но длительное употребление кокаина привело к тому, что человек уже не мог обходиться без наркотического препарата.

С этого времени ученые начинают углубленно изучать действие различных наркотических препаратов и выявляют различные как положительные (успокоение, обезболивание, повышение тонуса), так и отрицательные качества (привыкание к препаратам). Было доказано, что все вещества, в зависимости от воздействия на организм человека, можно разделить на две группы:

- 1) вызывающие возбуждение и эйфорию (хорошее настроение);
- 2) вызывающие депрессию (пониженное настроение).

Каждая группа отличалась большим разнообразием вариантов.

Во второй половине XX в. количество людей, употребляющих наркотические препараты, резко увеличилось. Причиной этому являются военные травмы, различные заболевания, социальная неустроенность, стрессы, большие физические и психические нагрузки. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) дает такое определение:

«НАРКОМАНИЯ – это патологическое влечение к некоторым веществам и химическим препаратам, возникающее в результате злоупотребления ими. Сущностью наркомании является изменение реактивности организма по отношению к наркотическому веществу. У больных появляется болезненное влечение, определяющееся потребностью в постоянном или периодически возобновляемом приеме препарата для получения удовольствия или облегчения тягостного психического или физического состояния».

Наряду с наркотическими препаратами для улучшения настроения используются психоактивные вещества, употребление которых вызывает привлекательное психическое состояние, а при систематическом употреблении – психическую зависимость. Эти вещества обладают теми же свойствами, что и наркотик, но в официальный список не включены, так как их социальная опасность не велика. Нередко эти средства называют токсическими. Примером могут быть успокаивающие (транквилизирующие) лекарства: сибазон, элениум или ингаляторы: бензин, ацетон, эфир, растворители лака и красок, различные виды клея и др. Токсикомания – заболевание, проявляющееся психотической (а иногда и физической) зависимостью от психоактивного вещества, не включенного в официальный список наркотиков.

В Европе и в России встречаются четыре типа наркомании:

- 1) опиная наркомания (злоупотребление опиумом, входящими в него алкалоидами и синтетическими заменителями морфина);
- 2) гашишизм (злоупотребление теми сортами конопли, которые содержат достаточное количество химического вещества);
- 3) наркомания, вызванная стимуляторами;
- 4) наркомания, обусловленная некоторыми снотворными средствами, относящимися к наркотикам.

Известны два пути развития болезненного пристрастия к наркотикам. В одних случаях употребление препарата происходит по неведению или при самолечении. Наиболее часто для снятия болевого синдрома (после травмы, невралгия тройничного нерва, почечной колики и др.) врачи назначают или используют опий, пантопон и морфий. Например, производное морфия – морфин – на первых этапах больному вводят 0,01 г. Некоторые люди боятся повторения болевых, неприятных ощущений, бессонницы и других тягостных состояний, начинают употреблять успокаивающие препараты, постепенно увеличивая дозу лекарства. Так формируется привыкание к препаратам наркотического круга и человек не может без них существовать. Особенностью употребления наркотических препаратов является тот факт, что доза, к которой больной уже привык, не оказывает нужного действия, ее приходится увеличивать. Наступает привыкание к употреблению наркотических препаратов и влечению к ним – наркомания. Под влиянием длительного употребления морфина постепенно изменяется как физическое, так и психическое состояние больного: у него падает секреторная функция в желудочно-кишечном тракте и нарушается аппетит, появляется сухость слизистых оболочек и кожи, резко падает вес. Постепенно нарастает мышечная слабость. Нарушается сон, перед засыпанием появляются устрашающие галлюцинации, во время сна – кошмары.

Вскоре изменяется характер человека: больные становятся эгоистичными, лживыми. Интересы концентрируются на добывании наркотиков. Снижается работоспособность. Настроение характеризуется неустойчивостью: оно колеблется от раздражительности до полной апатии, от беспричинной тоски и недовольства окружающими до приступов эйфории. Для получения новых доз наркотиков наркоманы симулируют боли в животе, в поясничной области и других местах, вызывают скорую помощь, рассчитывая получить дозу препарата. В ряде случаев наркоманы приучают к этому наркотику своих близких.

Другой путь – сознательный прием наркотиков с целью получения удовольствия, веселого настроения, активизации физического или психического состояния. Эти молодые люди проводят длительное время в ночных клубах, танцах. К этому склонны эмоционально неустойчивые личности, психически незрелые, несамостоятельные, легко поддающиеся раздражительным действиям, эгоистичные, интересы которых ограничиваются элементарными потребностями. Самоконтроль побуждений у таких личностей отсутствует, поэтому стремление к подражанию и опьянению не встречает внутреннего сопротивления. В этих случаях привыкание к наркотическим веществам развивается быстро, течение болезни очень тяжелое и вскоре приводит к летальному исходу в связи с передозировкой наркотика. У подростков данной группы чаще встречается привыкание к кокаину и гашишу.

Употребление кокаина проявляется очень быстро. Через 5-10 мин у людей повышается настроение, отмечается непоседливость, бурная жестикуляция, говорливость, ощущение прилива сил, бодрости. Употребление даже небольших доз создает ощущение физической легкости, потери веса, чувства времени и расстояния. У больных возникают иллюзии и галлюцинации. Чувство эйфории легко сменяется тоскливым настроением, вялостью, общей слабостью: человеку трудно передвигаться, разговаривать. Это состояние быстро исчезает при употреблении новых доз наркотика.

Гашиш (анаша, чар) – препарат индийской конопли, обладающий своеобразным запахом, горьким вкусом, по виду напоминающий смолу. Употребляется в виде курения. Гашиш обуславливает усиленную жажду и аппетит, снимает болевые ощущения и вызывает эйфорию, двигательное возбуждение, пространственные нарушения, говорливость, смешливость или плаксивость, сменяющие друг друга. При хроническом употреблении гашиша происходит изменение личности: меняется характер, появляются бредоподобные высказывания, люди становятся мнительными, подозрительными, злопамятными. Изменяется физическое состояние: человек становится вялым, апатичным и скованным.

Нередко наркомания возникает с повторных доз наркотических препаратов, употребляемых для получения приятных ощущений, вызываемых ими. В случаях отсутствия препаратов наступает тягостное состояние, чувство неудовлетворенности, навязчивая мысль о необходимости пополнить свои запасы. Так формируется пристрастие к наркотикам. По мере употребления наркотиков действие их слабеет. Для достижения той же цели или того же состояния наркоман должен увеличивать дозу наркотического вещества. Сигналом к приему наркотика, который становится уже жизненно необходимым, является физическое влечение. На первых этапах влечение к наркотику выражалось расстройством психических функций (раздражительностью, подавленным настроением, неспособностью сосредоточиться, общей слабостью). По мере привыкания к наркотикам и при их отсутствии возникает «абстинентный синдром» (ломка) – синдром наркотического голодания, проявляющийся потливостью, сердцебиением, сухостью во рту, мышечной слабостью, дрожанием рук, бледностью кожных покровов, диспептическими явлениями, болями в животе и в области сердца, расширенными зрачками, страхом смерти. В ряде случаев в связи с интоксикацией у больных развивается острый галлюциноз или судорожные приступы.

Для удовлетворения своих потребностей наркоманы совершают асоциальные поступки: воруют лекарственные препараты из лечебных учреждений, либо материальные ценности, за продажу которых на вырученные деньги можно купить новую дозу, либо идут на преступление ради получения дозы. Вводят наркотические препараты под кожу или в вену в антисанитарных условиях. На месте введения препаратов образуются абсцессы и рубцы, по которым можно узнать наркомана.

При хронических фазах болезни наступает физическое и психическое истощение. Психическое истощение определяет глубокое расстройство эмоциональной сферы: у больных развивается депрессия с наклонностями к суициду. Ослабление и истощение организма способствует возникновению различных заболеваний, в частности, туберкулеза.

Наркоманов можно узнать по внешнему виду: по бесцветным глазам, затухающему взору, старческому выражению лица, адинамии или сновидному состоянию, шаткой походке, по медлительности и безразличию.

В настоящее время наркотические вещества различного происхождения употребляют подростки и дети школьного возраста, что приводит к раннему нарушению функций нервной и психической сферы, затруднению и нежеланию учиться в школе. Многие школьники проводят свободное время у игровых автоматов, где выигрывают или проигрывают деньги, тратят деньги на наркотики. В случаях отсутствия денег становятся зависимыми от наркоманов, дающих деньги или наркотики в долг.

Д. Бабоян приводит случай рождения ребенка от матери, употреблявшей наркотический препарат во время беременности. У нее родилось трое мальчиков. Двое из них были более крупными и спокойными, а один ребенок оказался слабым, с малой массой и серо-землистым цветом кожных покровов. Ребенок был беспокоен, все время стонал. Приглашенный к нему дежурный врач сразу определил, что у ребенка наркотическая зависимость. Пока ребенок был в утробе матери, то получал определенную дозу препарата. После рождения он лишился привычного для него лекарства, у него началась ломка. Узнав у матери, какой препарат она принимала, ребенку была введена малая доза лекарства для снятия абстинентного синдрома (синдром наркотического голодания), затем врачи начали бороться за жизнь ребенка, проводя все мероприятия, направленные на снятие интоксикации.

4.1.5. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления летучих растворителей (ингаляционная токсикомания)

Часто, особенно среди детей и подростков, наблюдается злоупотребление психоактивными веществами наркотического круга с целью вызвать у себя изменение ясности сознания, галлюцинации, эйфорию и пр. Для этого дети используют доступные препараты бытовой химии (растворители, красители, лак, клей, ацетон, эфир, пятновыводитель, бензин) путем вдыхания их паров.

Летучие растворители угнетают ЦНС, действуя на кору головного мозга, а затем, по мере повышения их уровня в крови, на стволовые структуры. Многие летучие вещества могут оказывать эффект гипоксии, который и влияет на развитие психической симптоматики.

Клинические проявления при вдыхании токсических паров характеризуются психомоторным возбуждением, расторможенностью влечений, агрессивностью, головокружением, простыми и сложными галлюцинациями. Вскоре развивается сонливость, появляется расстройство координации движений, снижается мышечный тонус.

Заметными проявлениями употребления летучих растворителей могут служить гиперемия кожных покровов в области носа, глаз, раздражения верхних дыхательных путей (покашливание), специфический запах изо рта, следы вещества на лице, руках, одежде.

Наиболее тяжелыми последствиями хронической интоксикации ингалятами могут быть психоорганический синдром и токсическая энцефалопатия, возникающие уже через несколько месяцев регулярного употребления токсических веществ. Из психических симптомов обращают на себя внимание ухудшение памяти, трудность концентрации внимания и усвоение нового материала, снижение мыслительной деятельности.

При токсикоманиях уже через 4–6 месяцев отмечаются признаки регресса личности: исчезает чувство долга, снижается стремление к общению, сужается круг интересов, падает активность и инициативность. Интеллектуальные способности и результативность деятельности снижается.

Основная опасность применения летучих веществ – внезапная смерть от остановки сердечной и дыхательной деятельности, возникающих вторично после аритмии.

4.1.6. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления табака

Табак – листья кустарниковых растений, содержащих алкалоид, никотин. Основным механизмом психоактивного воздействия никотина является его связывание с холинэргическими и никотиновыми рецепторами в ЦНС, надпочечниках, нервно-мышечных синапсах и вегетативных ганглиях. Курят сигареты и папиросы, начиная с небольшого количества, доводя число выкуренных сигарет до 20. Курят мужчины и женщины, подростки. Курят на улице и в помещении. Люди, которые сами не курят, но находятся в помещении с курильщиками и вдыхают задымленный воздух, называются пассивными курильщиками. У них также, как и у активных курильщиков, может быть раздражение верхних дыхательных путей, кашель, боль в горле, головокружение, ощущение духоты и даже сердечная недостаточность.

Клинические проявления токсического действия табака характеризуются на первых этапах острой интоксикацией: тошнотой, рвотой, головокружением, повышенной возбудимостью, уменьшением чувства голода. По мере привыкания к употреблению никотина первичные симптомы (тошноты, рвоты и головокружения) исчезают, сохраняется влечение к табаку и необходимость частого его употребления. Формируется физическая и психическая зависимость.

Употребление больших доз табака приводит к сужению кровеносных сосудов, снижению коронарного кровотока, развитию остеопороза, бронхита, высокому риску развития новообразований, снижению зрения. Особенно вредно курение для женщин. Сочетание курения с алкоголем у женщин рано вызывает менопаузу, оказывает влияние на детородную функцию. Употребление табака и алкоголя во время беременности оказывает отрицательное влияние на развивающийся плод.

Синдром отмены табака проявляется головокружением, раздражительностью, тревогой, снижением кратковременной памяти, кашлем, изменением артериального давления.

Лечебно-педагогические мероприятия. Родители и педагоги должны обратить внимание на состояние подростка: возбуждение, расширенные зрачки, пустой взгляд, эйфорию, тревожность, раздражительность, агрессивность, депрессию, бессонницу или сонливость, утрату аппетита, иллюзии или галлюцинации, смазанную речь и другие необычные для данного подростка состояния.

Лечебно-педагогические мероприятия должны быть направлены на профилактику наркомании, которая складывается из социализации, самовоспитания и специального антинаркотического воспитания. Рассказывая различные случаи из жизни наркоманов и показывая школьникам фильмы, которые наглядно раскрывают вред от употребления наркотических препаратов, как разрушается нервная система и психическая деятельность, как возникают асоциальные поступки и чем они заканчиваются (гибелью подростка, закрытым учреждением). В специализированных учреждениях проводятся лечебные мероприятия различного профиля, психотерапевтические беседы, обучение грамоте или профессии. В психотерапевтических беседах принимают участие врачи, психологи и педагоги, каждый со своей стороны помогает подростку выйти из наркотической зависимости и вернуться к полноценной жизни. Педагоги и психологи должны выявлять круг друзей подростка, употребляющего наркотические препараты (или группу риска), и проводить с ними также беседы, вовлекать в общественную жизнь, занятия физкультурой. Большое значение имеет влияние семьи: домашняя обстановка, отношение к подростку (употребление алкоголя родителями, скандалы, наказания). В этих случаях педагогам и психологам необходимо проявить особенное внимание и профилактические меры воздействия по отношению детей и подростков. Необходимо подчеркнуть о вреде табакокурения, которым злоупотребляют дети, подростки и взрослые. Особенно большой вред табакокурение приносит девушкам и женщинам.

Вопросы для самостоятельной работы:

1. Чем обусловлена интоксикация головного мозга при алкоголизме и наркомании?
2. Опишите особенности психических расстройств при остром и хроническом алкогольном опьянении.
3. Особенности психических расстройств при алкоголизме у подростков.
4. Влияние алкоголизма родителей на психическое развитие потомства.
5. Алкогольный синдром плода. Его особенности.
6. Медицинская и педагогическая помощь детям, воспитывающимся в семьях алкоголиков.
7. Алкоголизм и наркомания. Общее и различия.
8. Характеристика наркомании. По каким признакам родители и педагоги могут выявить наркозависимость у ребенка?
9. Обозначьте фазы развития наркомании: психическую и физическую. Что понимается под понятием «патология развития»?
10. Медицинская и педагогическая помощь при наркомании.
11. Профилактика алкоголизма и наркомании.
12. Причины возникновения и проявления токсикомании.
13. Какими симптомами характеризуется абстинентный синдром?
14. Расскажите об асоциальном поведении алкоголиков и наркоманов.
15. Расскажите о вреде табакокурения в подростковом возрасте.
16. Подготовьте материалы бесед с подростками о вреде употребления наркотических веществ.

4.2. Эпилепсия (эпилептическая болезнь)

Эпилепсия — хронически протекающее заболевание, вызванное поражением центральной нервной системы, проявляющееся различными пароксизмальными состояниями и довольно частыми изменениями личности. При неблагоприятном течении приводит к своеобразному так называемому эпилептическому слабоумию. Заболевание может возникнуть в любом возрасте, начиная с самого раннего (несколько месяцев) и кончая преклонным, однако преимущественно начало эпилепсии приходится на молодой возраст (до 20 лет). Эпилепсия — довольно распространенная болезнь (по данным разных авторов, эпилепсией страдают от 1 до 5 человек на 1000 населения).

П. И. Ковалевский, автор одной из первых русских монографий по эпилепсии, приводит более 30 названий этого заболевания. Из них наиболее частые синонимы эпилепсии: «черная болезнь», «падучая», «священная болезнь», «болезнь Геркулеса» (по преданию, известный мифический герой страдал этой болезнью) и т. д.

Клинические проявления

Клиническая картина эпилепсии полиморфна. Своеобразие эпилепсии заключается в пароксизмальности, внезапности проявления большинства ее симптомов.

Вместе с тем при эпилепсии, как при всяком длительном заболевании, отмечаются и хронические, постепенно утяжеляющиеся болезненные симптомы. Несколько схематизируя, можно все проявления эпилепсии объединить следующим образом:

1. Припадки.
2. Так называемые психические эквиваленты припадков (то и другое пароксизмального характера).
3. Изменения личности (длительное, стойкое, прогрессирующее нарушение).

Припадки

Наиболее характерным симптомом эпилепсии является судорожный припадок, возникающий внезапно, «как гром среди ясного неба»; или после предвестников. Нередко

припадок начинается с так называемой ауры.

Иногда судорожные припадки происходят подряд, один за другим, без прояснения сознания в период между ними. Это патологическое состояние, называемое эпилептическим статусом (*status epilepticus*), является опасным для жизни (набухание и отек мозга, угнетение дыхательного центра, асфиксия) и требует немедленной медицинской помощи.

Наряду с большим судорожным припадком при эпилепсии бывают и так называемые малые припадки. Это кратковременное выключение сознания, чаще всего длящееся несколько секунд, без падения. Обычно оно сопровождается вегетативной реакцией и небольшим судорожным компонентом.

Очень близок к малому припадку (многие авторы их не разделяют) другой встречающийся при эпилепсии симптом абсанс — очень кратковременное выключение сознания без всякого судорожного компонента.

Эквиваленты припадков

В эту группу болезненных симптомов входят приступообразно появляющиеся расстройства настроения и расстройства сознания.

Термин «психические эквиваленты» (психические расстройства, возникающие как бы взамен припадка, «равнозначно» ему) не совсем точен, так как эти же расстройства настроения или сознания могут появляться и в связи с припадком — до или после него.

Расстройства настроения. У больных эпилепсией расстройства настроения чаще всего проявляются в приступах дисфории — тоскливо-злобного настроения.

В такие периоды больные всем недовольны, придирчивы, мрачны и раздражительны, часто предъявляют различные ипохондрические жалобы, в некоторых случаях формирующиеся даже в бредовые идеи ипохондрического характера. Бредовые идеи в таких случаях появляются приступообразно и существуют столько же, сколько длится период дисфории, — от нескольких часов до нескольких дней. Нередко к тоскливо-злобному настроению примешивается страх, порой доминирующий в клинической картине. Значительно реже периодические расстройства настроения у больных эпилепсией выражаются в приступах эйфории — великолепного, ничем не объяснимого настроения.

Некоторые больные во время приступов тоскливо-злобного настроения начинают злоупотреблять алкоголем или отправляются бродяжничать «куда глаза глядят». Поэтому часть больных, страдающих дипсоманией (запойное пьянство) или дромоманией (стремление к путешествиям), составляют больные эпилепсией.

Расстройства сознания. Эти нарушения выражаются в приступообразном появлении *сумеречного состояния сознания*. Сознание больного при этом как бы концентрически суживается, и из всего многообразного внешнего мира он воспринимает только какую-то часть явлений и предметов, главным образом те, которые его эмоционально в данный момент затрагивают. Образно такое состояние сравнивают с состоянием человека, идущего по очень узкому коридору: справа и слева — стена и только впереди мерцает какой-то свет. Помимо изменения сознания, у больных появляются также галлюцинации и бредовые идеи. Галлюцинации чаще всего зрительные и слуховые, обычно имеют устрашающий характер.

Зрительные галлюцинации нередко окрашены в красные и черно-синие тона. Больной видит, например, черный топор, обагренный кровью, и вокруг разрубленные части человеческого тела. Возникающие при этом бредовые идеи (чаще всего преследования, реже — величия) определяют поведение больного.

Больные в сумеречном состоянии сознания бывают очень агрессивными, нападают на окружающих, убивают, насилуют или, наоборот, прячутся, убегают, пытаются покончить с собой. Эмоции больных в сумеречном состоянии сознания чрезвычайно бурные и в основном отрицательного характера: состояния ярости, ужаса, отчаяния.

Значительно реже бывают сумеречные состояния сознания с переживаниями восторга,

радости, экстаза, с бредовыми идеями величия.

Галлюцинации при этом приятны для больного, он слышит «великолепную музыку», «чарующее пение» и т. д.

Сумеречные состояния сознания возникают внезапно, длятся от нескольких минут до нескольких дней и так же внезапно кончаются, причем больной полностью забывает все, что с ним было.

В редких случаях больной все же может рассказать кое-что о своих болезненных переживаниях. Это бывает или при так называемом «островном припоминании» (Мели), или при явлениях запаздывающей, ретардированной амнезии (Оттоленги). В первом случае больной вспоминает какие-то отрывки из своих болезненных переживаний, во втором — амнезия наступает не сразу, а спустя какое-то время после прояснения сознания.

Иногда после минования сумеречного состояния сознания на какое-то время задерживаются бредовые идеи преследования или величия (резидуальный бред).

Больные в сумеречном состоянии сознания склонны к разрушительным действиям и могут быть опасны и для себя, и для окружающих. Убийства, совершенные в это время, поражают своей немотивированностью и крайней жестокостью.

Помимо собственных сумеречных состояний сознания, для больных эпилепсией характерны и так называемые *упорядоченные сумеречные состояния*, обозначаемые как *состояние амбулаторного автоматизма*, или *психомоторные пароксизмы*. Это также пароксизмально возникающие состояния суженного (сумеречного) сознания, но без бреда, галлюцинаций и выраженных эмоциональных реакций. Поведение таких больных более или менее упорядочено, нет бросающихся в глаза нелепостей в высказываниях и действиях, свойственных больным с собственно сумеречным состоянием. Больные в состоянии амбулаторного автоматизма, не осмысляя всего того, что вокруг них происходит, уясняют лишь какие-то отдельные моменты, в остальном применяя привычные, ставшие уже автоматизированными действия. Например, больной без всякой цели входит в чужую квартиру, предварительно вытерев ноги и позвонив, или садится в первый встречный транспорт, совершенно не представляя, куда и зачем он едет. Внешне такой больной может произвести впечатление рассеянного, уставшего или слегка подвыпившего человека, а иногда и ничем не обратить на себя внимание. Состояния амбулаторного автоматизма также длятся от нескольких минут до нескольких дней и заканчиваются полной амнезией.

Сумеречные состояния сознания могут возникать не только днем, но и ночью, среди сна. В таком случае говорят о *лунатизме (сомнамбулизме)*. Однако следует помнить, что далеко не все проявления лунатизма относятся к эпилепсии. Это могут быть и случаи сумеречного сознания истерического происхождения, и просто частичный сон.

Некоторое сходство с сумеречными состояниями сознания имеют так называемые *особые состояния* (М. О. Гуревич), которые «примерно так относятся к сумеречным состояниям сознания, как джексоновский припадок к генерализованному эпилептическому».

При особых состояниях не бывает выраженных изменений сознания и последующей амнезии, но характерны изменения настроения, расстройства мышления и особенно нарушения восприятия в виде так называемого расстройства сенсорного синтеза. Больной растерян, испытывает страх, ему кажется, что окружающие предметы изменились, стены колеблются, сдвигаются, голова его стала неестественно громадной, ноги исчезают и т. д. Больные при этом могут переживать состояния типа *deja vu, jamais vu*, деперсонализации, изменение чувства времени и т. д.

Длительность особых состояний такая же, как и сумеречных состояний.

Изменения личности больного эпилепсией

При длительном течении заболевания у больных часто появляются определенные, ранее им не свойственные черты, возникает так называемый эпилептический характер. Свое-

образно меняется и мышление больного, при неблагоприятном течении заболевания доходящее до типичного эпилептического слабоумия.

Круг интересов больных сужается, они становятся все более эгоистичными, у них «теряется богатство красок и чувства высыхают» (В. Гривингер). Собственное здоровье, собственные мелочные интересы — вот что все более отчетливо ставится в центр внимания больного. Внутренняя холодность к окружающим нередко маскируется показной нежностью и любезностью. Больные становятся придирчивыми, мелочными, педантичными, любят поучать, объявляют себя поборниками справедливости, обычно понимая справедливость очень односторонне. В характере больных появляется своеобразная полюсность, легкий переход от одной крайности к другой. Они то очень приветливы, добродушны, откровенны, порой даже слащавы и навязчиво-льстивы, то необыкновенно злобны и агрессивны. Склонность к внезапно наступающим бурным приступам гневливости вообще составляет одну из самых ярких черт эпилептического характера. Аффекты ярости, которые легко, часто без всяких поводов, возникают у больных эпилепсией, настолько демонстративны, что Ч. Дарвин в своем труде об эмоциях животных и человека взял в качестве одного из примеров именно злобную реакцию больного эпилепсией. Вместе с тем больным эпилепсией свойственны инертность, малоподвижность эмоциональных реакций, что внешне выражается в злопамятстве, «застревании» на обидах, часто мнимых, мстительности.

Типично меняется мышление больных эпилепсией: оно становится вязким, с склонностью к детализации. При длительном и неблагоприятном течении заболевания особенности мышления становятся все более отчетливыми: нарастает своеобразное эпилептическое слабоумие. Больной теряет способность отделять главное, существенное от второстепенного, от мелких деталей, ему все кажется важным и нужным, он вязнет в мелочах, с большим трудом переключается с одной темы на другую. Мышление больного становится все более конкретно-описательным, снижается память, оскудевает словарный запас, появляется так называемая олигофазия. Больной обычно оперирует очень небольшим количеством слов, стандартными выражениями. У некоторых больных появляется склонность к уменьшительным словам — «глазоньки», «рученьки», «докторочек, миленький, посмотри, как я свою кроваточку убрала». Непродуктивное мышление больных эпилепсией иногда называют лабиринтным.

Все перечисленная симптоматика совершенно необязательно должна быть представлена у каждого больного полностью. Значительно более характерно наличие лишь каких-то определенных симптомов, закономерно проявляющихся всегда в одном и том же виде.

Наиболее частым симптомом является судорожный припадок. Однако бывают случаи эпилепсии без больших судорожных припадков. Это так называемая замаскированная, или скрытая, эпилепсия. Кроме того, эпилептические припадки не всегда бывают типичными. Встречаются и разного рода атипичные припадки, а также рудиментарные и abortивные, когда начавшийся припадок может остановиться на любой стадии (например, все может ограничиться одной только аурой и т. д.).

Бывают случаи, когда эпилептические припадки возникают рефлекторно, по типу центростремительной импульсации. Так называемая *фотогенная эпилепсия* характеризуется тем, что припадки (большие и малые) возникают только при действии прерывистого света (светового мелькания), например, при ходьбе вдоль нечастого забора, освещенного солнцем, при прерывистом свете рампы, при просмотре передач по неисправному телевизору и т. д.

Эпилепсия с поздним началом возникает в возрасте старше 30 лет. Особенностью эпилепсии с поздним началом является, как правило, более быстрое установление определенного ритма припадков, относительная редкость перехода припадков в другие формы, т. е. характерна большая мономорфность эпилептических припадков по сравнению с эпилепсией с ранним началом (В. А. Карлов).

Эпилепсия у детей

Несмотря на то что эпилепсия встречается в детском возрасте довольно часто, диагностика ее, особенно вначале, представляет немалые трудности. У детей в силу повышенной потребности в кислороде мозга, лабильности кальциевого обмена, повышенной гидрофильности коллоидов мозга легко возникают судорожные состояния, ничего общего с эпилепсией не имеющие. Так, например, у детей эпилептиформные припадки могут возникать при глистной инвазии, заболевании дыхательных путей, кишечных интоксикациях, подъемах температуры тела и т. д.

Детская эпилепсия трудна для диагностики еще и потому, что редко начинается с типичных развернутых судорожных припадков. Заболевание значительно чаще дебютирует абсансами, разного рода атипичными, рудиментарными припадками, и лишь со временем происходит генерализация припадков. Начало болезни может выражаться также в снохождениях, периодически появляющихся расстройствах настроения, внезапно возникающих страхах, приступах ничем не объяснимых болей в различных органах, пароксизмальных расстройствах поведения. Закономерная повторяемость этих явлений всегда должна настораживать в отношении эпилепсии.

Эпилепсия у детей характеризуется более злокачественным течением, чем у взрослых, и скорее приводит к снижению интеллекта и разнообразным расстройствам речи. Свойственны детям и изменения личности, причем если у подростков развиваются черты характера, свойственные взрослым больным эпилепсией (медлительность, вязкость, «прилипчивость», мелочная пунктуальность), то для детей младшего возраста характерны все увеличивающееся двигательное беспокойство, чрезвычайная отвлекаемость внимания, невозможность сколько-нибудь длительной его концентрации.

У детей резко выражен (в значительно большей степени, чем у взрослых) сосудисто-вегетативный компонент припадков.

Соматические и неврологические расстройства

Специальных соматических нарушений, характерных только для больных эпилепсией, нет, однако среди них нередко встречаются люди с диспластическим строением, с эндокринно-обменными нарушениями в виде ожирения, нарушения роста и т. д., с гидроцефальным или микроцефальным строением черепа. Кроме того, на теле большинства длительно страдающих эпилепсией можно обнаружить следы различных повреждений, полученных во время судорожного припадков (следы ожогов, ушибов, порезов, отсутствие зубов, рубцовые изменения от многократных прикусов языка и т. д.). Со стороны неврологического статуса может отмечаться самая различная симптоматика в виде поражения черепных нервов, параличей и парезов, разнообразных вегетативных нарушений. Вместе с тем встречаются больные эпилепсией без каких-либо соматических или неврологических нарушений, обнаруживаемых современными методами исследования.

Этиология и патогенез

Эпилепсия (эпилептическая болезнь) является полиэтиологическим заболеванием, к ее возникновению могут привести разнообразные вредные факторы, действующие как внутриутробно и во время родов, так и постнатально, особенно в ранние годы жизни (травмы, инфекции, интоксикации).

При эпилепсии с поздним началом (после 30 лет) у более молодых больных основным этиологическим фактором чаще является черепно-мозговая травма, у больных более старшего возраста — церебральная сосудистая патология. Имеет значение и наследственная отягощенность, но по поводу того, в чем конкретно это выражено, мнения весьма противоречивы, что во многом, вероятно, зависит от возможности наследственной неоднородности болезни (Н. П. Бочков и др.). Имеются данные, что наследственно передается не само по себе заболевание, а предрасположение к нему. В частности, указывают

на лабильность вазомоторов, определенные нарушения обмена веществ, ненормальность развития некоторых нейронных систем (У. Пенфилд и Г. Джаспер). В настоящее время весьма распространено мнение, что эпилепсия чаще всего возникает при сочетании наследственного предрасположения с дополнительными вредностями, обычно в виде экзогенных факторов (травмы, инфекционные поражения центральной нервной системы и т. д.).

Встречается эпилепсия и с невыясненной еще пока этиологией (в таких случаях иногда применяют термины «эссенциальная», «идиопатическая» или «криптогенная эпилепсия» — от греч. *kryptos* — тайный, скрытый).

Эпилепсия характеризуется определенными изменениями обмена веществ.

Многочисленные исследования как отечественных, так и иностранных авторов показали изменения белкового, жирового, углеводного и водно-солевого обмена, нарушение кислотно-основного состояния (до припадка — алкалоз, после него — ацидоз), в связи с чем был предложен ряд теорий (аутоинтоксикация, нарушение функции желез внутренней секреции, в частности коры надпочечников, и т. д.).

Однако отсутствие единых данных, часто противоречивые результаты исследований, а иногда и отсутствие явных сдвигов в обмене у больных эпилепсией не сделали вероятной ни одну из этих теорий. Перспективным явилось изучение обмена непосредственно в самой мозговой ткани.

Данные, полученные с помощью тонких методов исследования, свидетельствуют о таких изменениях метаболизма в мозге больных эпилепсией, которые в первую очередь обуславливают нарушения в проведении нервных импульсов. Так, обнаружено повышение проницаемости клеточной мембраны, ведущее к нарушению ионного равновесия и, следовательно, к относительной деполяризации нервных клеток.

Эта деполяризация, по-видимому, и является непосредственной причиной эпилептического разряда. Указывается, в частности, на потерю клетками калия и задержку в клетках натрия и воды. Большое значение при эпилепсии имеет также нарушение обмена таких веществ, как ацетилхолин и гамма-аминомасляная кислота (ГАМК). (Ацетилхолин — один из медиаторов, осуществляющих передачу нервных импульсов). При судорогах обнаруживаются нарушения обмена ацетилхолина — увеличивается содержание свободного ацетилхолина. Поэтому, в частности, вскоре после судорожного припадка в ликворе содержится ацетилхолин, а введением ацетилхолина в свою очередь можно вызвать судороги. Гамма-аминомасляная кислота (ГАМК), образуемая из глутаминовой кислоты, обладает в противоположность ацетилхолину тормозящим действием, способствует подавлению проведения нервных импульсов.

Уменьшение содержания ГАМК в мозге (что и наблюдается при эпилепсии) ведет к появлению судорог.

Обмен ГАМК тесно связан с пиридоксином (витамин В₆) и глутаминовой кислотой. Поэтому авитаминоз В₆ приводит к возникновению судорог, а глутаминовая кислота характеризуется противосудорожным действием.

Обнаружено, что у больных эпилепсией ослаблен обмен глюкозы в мозге.

В настоящее время появляется все больше данных, доказывающих, что в патофизиологических механизмах эпилептического припадка большая роль принадлежит гиперсинхронизации и нарастающей скорости возбуждения нейронов, их сверхвозбудимости, что в свою очередь вызывается изменениями клеточного метаболизма, нарушениями обменных и ферментативных процессов.

Нарушения в метаболизме мозга могут быть как причиной, так и следствием эпилептической симптоматики. При этих сложных причинно-следственных отношениях, несомненно, играют роль как органические изменения в мозге, так и изменения биохимизма

(«церебропатия» и «биопатия» по Бускаино).

Нарушения клеточного метаболизма тесно, интимно связаны с патофизиологическими механизмами и находят свое выражение в определенных электроэнцефалографических данных (П. М. Саратджишвили, Т. Ш. Геладзе, Ш. Гасто и др.).

Данные электроэнцефалографии. Наряду с тонкими исследованиями обмена и структурных изменений электроэнцефалография занимает в настоящее время ведущее место в изучении сложной проблемы сущности эпилепсии, особенно в вопросах локализации эпилептогенных импульсов и вопросах нейродинамики.

В большинстве случаев при записи биотоков мозга больных эпилепсией наряду с искажением нормального альфа-ритма встречаются изменения в виде острых волн, пиков, характерных комплексов «острие — волна» (сочетание быстрого и медленного потенциала), а также медленных ритмов (тета- и дельта-волны), идущих пароксизмально, или неправильных медленных колебаний.

Наиболее отчетливо эти «эпилептоидные импульсы», или, как их еще называют, «эпилептиформные потенциалы», проявляются во время эпилептических пароксизмов, но регистрируются они и в межприпадочном периоде.

Многочисленные исследователи пытались провести определенные корреляции между характером электроэнцефалограммы и клиническими формами эпилепсии. Строгой закономерности обнаружено не было, но тем не менее установлено, что для случаев эпилепсии с преобладанием больших судорожных припадков характерны острые волны и пики (иглоподобные колебания), для *petit mal* — эпилепсии свойственны изменения в биотоках в виде комплекса «острие — волна», особенно четко регистрируемые у детей, а для приступов так называемых психических эквивалентов более всего характерно наличие медленных волн.

Электроэнцефалография не только помогает в ряде случаев провести дифференциальный диагноз приступов эпилепсии и сходных с ними пароксизмов иного происхождения (истерические припадки, фебрильные судороги у детей, приступы гипогликемии с судорожными проявлениями и т. д.), но и позволяет более точно локализовать очаг эпилептической активности, очаг эпилептогенных импульсов.

Помимо обычной записи биотоков мозга (так называемый фоновый ритм) при подозрении на эпилепсию обычно применяют и методы, способствующие усилению «эпилептиформных потенциалов». К этим так называемым методам активации относятся гипервентиляция и особенно дача прерывистого светового раздражения (светового мелькания). Прерывистый свет, в частности, не только вызывает усиление патологических знаков на ЭЭГ, но в ряде случаев и выявляет их при нормальной фоновой кривой. Изучение влияния прерывистого света на выявление эпилептической активности сделало понятным происхождение фотогенной эпилепсии, когда эпилептические пароксизмы появляются у больных только при световом мелькании, обусловленном теми или иными причинами.

Течение и прогноз

Прогноз при эпилепсии как заболевании с хронически-прогредиентным течением малоблагоприятен, однако иногда наблюдается и полное прекращение процесса.

Прогностически неблагоприятными признаками являются раннее начало болезни, наличие малых припадков, преобладание больших эпилептических припадков над абортивными, склонность их к серийности, наличие эпилептических статусов, глубокое нарушение сознания в послеприпадочном периоде, частота и тяжесть сумеречных состояний в межприступном периоде, возникновение припадков и днем и ночью.

Степень доброкачественности или злокачественности течения эпилепсии в известной степени связана с асимметрией поражения в больших полушариях головного мозга. Так, относительно благоприятное течение наблюдается при более частой унилатеральной

локализации очагового поражения, при локализации поражения в правом полушарии и задних долях головного мозга, а неблагоприятное — при преимущественном поражении головного мозга в левом полушарии, увеличении доли генерализованных поражений головного мозга с вовлечением в патологический процесс лобно-височных структур (А. П. Чуприков).

Прогноз при эпилепсии может быть неблагоприятным не только для самой личности (нарастание своеобразных изменений мышления вплоть до выраженного слабоумия, характерологические изменения), но и для жизни. Больные могут погибнуть от эпилептического статуса, от несчастного случая во время припадка (падение в огонь, в воду и т. д.), могут покончить самоубийством во время дисфории или сумеречных состояний сознания.

Дополнительные вредности (повторные травмы, резкое переутомление, инфекции, интоксикации) утяжеляют течение. Вредностью, способствующей значительному утяжелению процесса, является алкоголизм.

Профилактика

Следует предупреждать причины, которые могут вызвать эпилепсию: инфекционные заболевания мозга, травматические поражения, особенно родовой травматизм, и т. д. Большая роль в профилактике эпилепсии принадлежит медико-генетическим консультациям.

Организация режима и диетотерапия. Правильно организованный режим и питание имеют большое значение для больных эпилепсией. С лечебной целью больным эпилепсией предлагается четыре вида диеты: голодная, бессолевая, с резким ограничением жидкости и так называемая кетогенная (уменьшение белков и углеводов с заменой их жирами). Практически все эти пищевые режимы, особенно в течение длительного времени, трудновыполнимы, однако больные эпилепсией должны придерживаться в еде следующих правил: 1) ограничивать жидкость, а в связи с этим не употреблять острые и соленые блюда; 2) органичивать белковую пищу, особенно мясо, по возможности строго соблюдая молочно-растительную диету; 3) не употреблять крепких напитков (крепкий чай и кофе) и категорически исключить все алкогольные напитки.

Больным эпилепсией запрещается работать около движущихся механизмов, на высоте, у огня и воды. Однако если эпилепсия протекает без частых приступов, то больным рекомендуется посильный физический и умственный труд. Еще Авиценна отмечал положительное влияние на больных эпилепсией бега и ходьбы. Именно через трудовую деятельность, специально подобранную со строгим учетом состояния и индивидуальных особенностей больного (при исключении условий, способствующих перенапряжению и переутомлению), наиболее полно осуществляется такая важная мера, как социальная реадaptация больных эпилепсией.

4.3. Шизофрения

Шизофрения — это хроническое прогрессирующее (злокачественное) психическое заболевание с невыясненной этиологией, приводящее к изменению личности больного, иногда малозаметному, но в дальнейшем постепенно усугубляющемуся. Название «шизофрения» происходит от греческих слов «шизо» — расщепляю и «френ» — душа, обозначающих расщепление психики, т. е. рассогласование и дисгармоничность мышления, эмоций, воли и моторики. Термин впервые введен в клиническую психиатрию Блейлером, поэтому шизофрению иногда называют болезнью Блейлера.

4.3.1. Этиология и патогенез

До сих пор не существует единой концепции этиологии и патогенеза шизофрении, которую бы разделяли большинство психиатрических школ мира. На современном этапе развития психиатрии с известной долей условности можно выделить две основные группы

теорий этиологии и патогенеза этого заболевания — **теории психогенеза и биологические теории**. Последние представлены генетической гипотезой, биохимическими концепциями, дизонтогенетической теорией (теорией нарушения развития мозга) и иммунологическими концепциями, которые обычно объединяют с инфекционно-вирусными гипотезами. Однако все перечисленные теории не являются абсолютными и часто дополняют одна другую.

Теории психогенеза шизофрении имеют, скорее, историческое значение. Выделяют **психодинамическую модель** шизофрении, согласно которой причина этого заболевания лежит в нарушении интерперсональных взаимоотношений. Разновидностью этой модели можно считать представления, вытекающие из положений фрейдистской школы о подсознательной реакции на интерпсихический конфликт, возникающий в раннем детстве. Вторая модель психогенного развития шизофрении **экзистенциальная**, предполагающая изменение «существования» больного, его внутреннего мира. Сама болезнь в соответствии с этими представлениями есть особая форма экзистенции.

Следует особо подчеркнуть, что теории психогенеза шизофрении преимущественно интерпретативны и не обоснованы научными наблюдениями.

Среди биологических теорий шизофрении одно из главных мест занимает **дофаминовая теория**, согласно которой существует связь между особенностями обмена дофамина на мозговом уровне и патологией поведения, характерной для шизофрении. В соответствии с этой гипотезой предполагается, что при шизофрении повышается активность дофаминовой системы мозга с увеличением выделения дофамина, усилением дофаминовой нейротрансмиссии и гиперчувствительностью дофаминовых рецепторов, т.е. предполагается, что дофаминовые нейроны находятся в гиперактивном состоянии. При этом негативные симптомы при шизофрении связаны со снижением активности мезокортикальной части дофаминергической системы, а позитивные — с гиперактивностью подкорковых дофаминергических структур. Антипсихотическое действие нейролептиков при шизофрении, согласно данной гипотезе, определяется способностью этих препаратов связывать не менее 70 % дофаминовых D2-рецепторов. Кроме того, очень высокая антипсихотическая активность атипичных нейролептиков последней генерации (оланзепин, рисперидон, клозапин и др.) объясняется их способностью связывать не только дофаминовые D2-, D3-, D4-рецепторы, но и серотониновые, адренергические, холинергические и гистаминовые рецепторы.

Аутоинтоксикационная гипотеза связана с обнаружением в биологической жидкости больных шизофренией разнообразных белковых физиологически активных токсических субстанций, дающих нейротропные эффекты. Эти токсические соединения в эксперименте подавляли жизнедеятельность объектов, использованных в качестве тест-систем, изменяли нейрональную активность изолированных клеток мозговой ткани *in vivo* и в культуре *in vitro*, они нарушали интегративные формы поведения различных животных и человека.

Рецепторно-нейрохимические теории включают в себя *серотониновую гипотезу* (недостаточность серотониновой нейротрансмиссии), *норадренергическую гипотезу* (дегенерация норадренергических нейронов) и некоторые другие.

Аутоиммунная гипотеза шизофрении основывается на представлениях об аутоиммунных процессах. При этом по какой-то причине организм человека начинает вырабатывать антитела к антигенам тканей мозга.

Наследственная гипотеза. Считается, что шизофрения передается по наследству от больных родителей. Если шизофрения зарегистрирована у одного из родителей, то этим же заболеванием будут страдать 16,4% детей, если же больны оба родителя, их число увеличивается до 68,1 %. Братья и сестры больных шизофренией страдают этим видом патологии в 14,3 % случаев. При заболевании шизофренией одного из монозиготных близнецов развитие ее у другого близнеца отмечается в 86,2 % случаев. Это соотношение у дизиготных близнецов снижается до 16,4 %.

Гипотеза нарушения развития мозга (дизонтогенетическая). Сущность этой гипотезы сводится к тому, что определяющая появление шизофрении патология может возникать под влиянием генетических, токсических, вирусных и других факторов в пренатальном периоде. Происходящие при этом структурные изменения, будучи компенсированными в силу высокой пластичности развивающегося мозга, могут предшествовать манифестации болезни. Мозговая патология выражается не в грубых морфологических изменениях, а в незрелости определенных клеточных систем или в искажении их развития. Важным в теории дизонтогенеза является предположение, что отклонения в развитии мозговых структур на клеточном и субклеточном уровнях лежат в основе риска по шизофрении, а развитие клинической симптоматики происходит под влиянием стрессовых факторов.

4.3.2. Клиника шизофрении

Переходя к клиническим проявлениям этого заболевания, следует подчеркнуть, что при шизофреническом процессе главным образом страдают мышление, эмоции и волевая деятельность (так называемые негативные симптомы, которые отражают нанесенный болезнью ущерб психике, т.е. то, что личность «теряет» в результате заболевания). Негативные симптомы, или «минус-симптомы», характерны для всех форм шизофрении, но степень их выраженности различна.

К облигатным специфическим расстройствам при шизофрении относится в первую очередь **аутизм**, который выражается в отрыве пациента от окружающей действительности с формированием особого, внутреннего мира, доминирующего в психической деятельности пациента. Суждения, позиции, взгляды, этические установки, моральные критерии и оценки больных становятся не только крайне субъективными, но и непонятными для других людей и не поддаются никаким разубеждениям. Иногда своеобразное представление об окружающей жизни приобретает характер особого мировоззрения со специфическим аутистическим фантазированием. При этом больные с аутизмом крайне замкнуты, формально контактны, лучше и спокойнее им только в одиночестве, они как бы инкапсулируются в мир собственных чувств, мыслей, идей. Окружающий мир при этом перестает быть источником новых переживаний, чувств, откровений, он становится «неинтересным и угрожающим». Однако в ряде случаев черты аутизма, т.е. ухода в себя, могут быть выражены нерезко. Более того, у некоторых пациентов отмечается так называемый **аутизм наизнанку («регрессивная синтонность»)**, характеризующийся чрезмерной болтливостью ни о чем, навязчивой общительностью, определенной бестактностью и циничностью.

Весьма характерно для шизофрении и снижение психической активности — **редукция энергетического потенциала**. Это выражается в том, что для больных шизофренией любая деятельность, особенно умственная, требует по возрастающей все большего и большего напряжения, поэтому больному все труднее работать или учиться. Из-за трудностей концентрации внимания становится практически невозможным усвоение новой информации и адекватное использование уже накопленных ранее знаний и умений. Это может привести к полной интеллектуальной несостоятельности при формально сохранных функциях интеллекта.

К характерным для шизофрении симптомам относится и **явление дрейфа**, т. е. нарастающие вялость и пассивность с отсутствием даже небольшого намека на какую-либо инициативу. У больных выявляется повышенная готовность подчиняться любому лидеру и повторять его действия и поступки. Эти пациенты охотно прибегают к употреблению алкоголя или наркотиков, не испытывая при этом никакого влечения к последним. Пассивно повторяя поступки окружающих, они могут бездумно совершать противоправные действия.

Особенно характерны для шизофрении нарушения мышления, выражающиеся в патологии **ассоциативного процесса**.

Ускорение мышления выражается в том, что условно за единицу времени образуется больше ассоциаций, чем в норме. При этом качество ассоциаций страдает за счет их незавершенности. Быстро сменяющиеся друг друга образы, суждения и умозаключения отличаются крайней поверхностностью. Обилие и легкость новых ассоциаций, спонтанно возникающих от любого зрительного, звукового, обонятельного и других раздражителей, находят отражение 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 весьма характерна повышенная отвлекаемость, за счет чего больной не может довести до конца ни одно начинание. В голове так много мыслей, что они нередко принимают характер *скачки идей (fuga idearum)*. 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 найти в ней определенный смысл, определенную 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 мыслей, 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.

Ускорение ассоциативного процесса — обязательная производная маниакального синдрома различного генеза (в том числе и при шизофрении).

Замедление мышления характеризуется замедленным возникновением ассоциаций, их бедностью и заторможенностью. В наиболее выраженном виде замедление ассоциативного процесса — это абсолютно «пустая голова, в которой мысли вообще не появляются». На вопросы больные с подобными нарушениями отвечают крайне односложно и после длительной паузы (латентный период речевых реакций возрастает по сравнению с нормой в 7—10 раз). Подобное нарушение ассоциативного процесса обычно характерно для депрессивного синдрома, но может отмечаться и при апатических и астенических состояниях шизофренического происхождения, а также при легких степенях помрачения сознания.

Полная остановка течения мыслей (иперунг — у немецких или блокировка мыслей — у англоговорящих исследователей) характеризуется тем, что на фоне ясного сознания и при отсутствии галлюцинаций больной на какое-то время теряет нить беседы, в голове при этом — ощущение полной пустоты, он перестает говорить и как бы приходит в себя лишь через некоторое время. Это расстройство весьма характерно для начала шизофрении.

Особую форму представляет так называемое **насильственное мышление**, которое характеризуется тем, что в сознании больного помимо его воли и желания возникают случайные малозначимые для больного мысли или поток мыслей, от которого он избавиться не может. В таком случае говорят о наплыве мыслей, или ментизме.

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

Парциализация мышления — состояние, характерное только для больных шизофренией. Оно выражается в том, что, по мнению больных, мыслить может не только мозг, но абсолютно все части тела.

Резонерство — патология мышления, которая проявляется в склонности к пустому, бесплодному рассуждательству с отсутствием конкретных идей. При

этом больной облакает крайнюю бессодержательность и бедность суждений в грамматически правильную, но пространную, порой витиеватую словесную форму с использованием высокопарных выражений и обилием научных и философских терминов.

В англо-говорящих психиатрических школах часто вместо термина «резонерство» используют понятие «интеллектуализация мышления» или «тангенциальное мышление».

В норме нечто, формально напоминающее резонерство, называется демагогией.

Наличие в мышлении резонерства обычно свидетельствует о несвежем шизофреническом процессе.

Символическое мышление. Символика присутствует в жизни всех людей, и здоровых, и больных. Есть символы, которые понятны если не всем, то большинству людей. Например, белый халат — символ врача, черная одежда — символ траура. При патологии ассоциативного процесса в виде символического мышления символы всегда сугубо индивидуальны, понятны только самому больному и непонятны не только здоровым, но и другим больным с этим же расстройством. Нет двух больных с одинаковой символикой. Источником символического мышления может быть любой предмет, сказанная кем-то нейтральная фраза, цвет одежды, явление природы. Символическое мышление также свидетельствует о несвежем шизофреническом процессе.

Паралогическое мышление развивается по законам «кривой» логики и понятно и «логично» только самому больному. Оно характеризуется отсутствием в мышлении больного логической связи; выводы, к которым приходит больной, нелепы и неадекватны.

Паралогическое мышление весьма характерно для хронической шизофрении.

Разорванность мышления — это утрата логической связи между представлениями, понятиями и идеями, хотя мысль при этом иногда облачается в правильную грамматическую форму. Крайним вариантом разорванности является шизофазия, или, «словесная крошка», при которой 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 весьма типична для шизофрении.

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

К основным негативным симптомам при шизофрении относится и *постепенное прогрессирующее эмоциональное снижение*, начинающегося с нарастающей потерей чувств признательности, благодарности, способности сопереживать, искренне сочувствовать наиболее близким людям. В дальнейшем отмечаются нарастающая беспричинная холодность и равнодушие к родителям, близким родственникам, друзьям, утрачиваются прежние интересы и увлечения, больные по существу становятся безучастными к событиям, которые ранее чрезвычайно интересовали их. Формируется неадекватность эмоций, а также их амбивалентность (чрезмерная любовь к матери и одновременно люта я ненависть к ней). При этом больной может проявить бурную аффективную реакцию на то, что его перевели из одной палаты в другую, и оставаться совершенно индифферентным, даже безразличным к факту смерти ранее горячо любимого родственника. Голос становится монотонным, лишенным эмоциональных красок и живости. В речи отсутствует так называемая речевая мелодия. Обо всем эти больные говорят на одной слабomodулированной ноте. Манеры, жестикация, мимика и пантомимика становятся странными, непонятными. Иногда отмечаются «парафазические соскальзывания» — слияние двух-трех слов в одно.

Манерность и стереотипия естественным образом отражаются на письме и рисунке больных. Хотя, справедливости ради, следует отметить, что у части больных встречается совершенно правильное письмо при резком расстройстве речи, и наоборот. Почерк может меняться настолько резко, что создается впечатление, будто письмо писали совершенно разные люди. Известен больной, который писал так, что передвигал не руку по бумаге, а держа ручку неподвижно, передвигал бумагу. С течением болезни, особенно неблагоприятных ее форм, все больше выявляется снижение стремления к прежней деятельности, утрачиваются все мотивации и желания. Больной без внешнего повода оставляет ранее любимую работу, перестает общаться с друзьями и просто знакомыми, родственниками, родителями, собственными детьми, целыми днями валяется в постели, перестает выходить из дома, месяцами не моется, становится неряшливым, подолгу не меняет белье. Появляются нелепое и неуместное хихиканье и смешки. Кстати говоря, бессмысленный смех очень часто является симптомом шизофрении. Если в самом начале заболевания отмечаются постоянные сдвиги, переходы от повышенной чувствительности к полной холодности (что соответствует психэстетической пропорции Кречмера), то в выраженных случаях эмоциональное оскудение достигает степени «эмоциональной тупости». Эмоции больных шизофренией часто сравнивают с «хрупкостью стекла и тупостью дерева».

Снижение волевой активности (прежде всего сложных волевых действий) — *гипобулия* — может достигать степени выраженной *абулии* (полное отсутствие потребности в каких-либо желаниях). При этом в тяжелых случаях абулии больной не может даже обслуживать себя, не может подогреть чай, приготовить элементарнейший для себя завтрак, теряет навыки пользования туалетом (например, может сесть на толчок при неспущенных брюках, не спустить воду после испражнения). Абулический больной может мочиться в любом месте в квартире или на улице в присутствии других людей даже противоположного пола. Отсутствие твердой волевой установки ведет к патологическому изменению формы волевых проявлений, к манерничанию, проявляющемуся в особой манере есть, одеваться, ходить. Например, больные едят суп вилкой или ходят, странным образом подпрыгивая. Кроме негативной симптоматики при шизофрении часто, хотя и не всегда, может отмечаться и продуктивная симптоматика (т.е. то, что личность «получила» в результате заболевания). К ним при шизофрении относятся проявления патологии суждения в виде навязчивых, сверхценных, бредаподобных и бредовых идей.

Навязчивые состояния (обсессии) — это разнообразные мысли, влечения, страхи, сомнения, представления и действия, спонтанно возникающие и сохраняющиеся, несмотря на понимание больным их чуждости и критическое к ним отношение. Обсессии как бы навязываются человеку, избавиться от них усилием воли он не может.

Навязчивые явления условно разделяются на две группы.

Отвлеченные, или аффективно-нейтральные, навязчивости, т. е. протекающие без аффективных реакций. К ним относятся навязчивый счет, бесплодное мудрствование, навязчивые действия.

Навязчивый счет — непреодолимое стремление считать встречные машины определенного цвета, прохожих, светящиеся окна, собственные шаги и т.д.

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

Навязчивые действия — произвольное, автоматическое выполнение каких-либо действий. Например, во время чтения человек механически накручивает 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 — постоянное непризвольное вспоминание какого-то неприятного, компрометирующего факта из жизни больного, произошедшего несколько месяцев или лет назад. Эта актуализация неприятного эпизода всегда сопровождается отрицательно окрашенными эмоциями.

Образные, или чувственные, навязчивости, протекающие с выраженным аффектом. Это контрастные представления (навязчивые сомнения, навязчивые страхи — фобии и т.д.).

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

Хульные мысли — это навязчивое возникновение циничных, оскорбительных представлений в отношении определенных людей, религиозных и политических деятелей и других лиц, к которым больной в действительности относится с большим уважением. Например, во время церковной службы у глубоко религиозного человека возникает непреодолимое желание выкрикнуть оскорбление в адрес Бога или ангелов. Или во время встречи студентов 1-го курса 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 непреодолимого 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 активно борется с их реализацией. Эти навязчивости протекают с выраженным страхом и тревожными опасениями.

Навязчивые сомнения проявляются в том, что пациент переживает крайне неприятное, тягостное чувство сомнения 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 заключаются в принятии неправдоподобного за действительность вопреки сознанию. На высоте развития овладевающих представлений критическое отношение к ним и осознание их болезненности исчезают, что сближает эти расстройства со сверхценными идеями или бредом.

Навязчивые страхи (фобии) — это мучительное и чрезвычайно интенсивное переживание страха тех или иных обстоятельств или явлений при критическом отношении и попытках бороться с этим чувством. Фобий довольно много. 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.

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

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

При агорафобии 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 регулярно пропускает 10-ю 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) у больного наступает относительное спокойствие и он 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 стереотипии.

Навязчивые состояния нельзя отнести только к патологии мышления, так как при них, особенно при образных obsessions, значительно выражены и эмоциональные расстройства в виде страха и тревожных опасений.

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

Навязчивые состояния особенно часто встречаются при невротоподобной (псевдоневротической) шизофрении.

Навязчивые идеи иногда могут перерасти в бредовые представления или, по крайней мере, быть источником последних (В. П. Осипов).

Сверхценные идеи. Сверхценными считаются чрезвычайно эмоционально заряженные и правдоподобные идеи, не носящие нелепого характера, но имеющие по каким-то причинам огромное значение для пациента. Они вытекают обычно из реальных событий и им придается гиперквантивалентная значимость. При этом 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 приобретает доминирующее значение в его сознании, когда внутренняя переработка больным ситуации не уменьшает, а, наоборот, усиливает остроту и аффективный заряд переживания. Обычно это ведет к кверулянтной борьбе (сутяжничеству), предпринимаемой больным с целью восстановления «справедливости».

Сверхценными могут быть не только приведенные выше идеи собственной значимости, но и идеи 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. Однако при неблагоприятном развитии событий, в частности при хронической стрессовой ситуации, сверхценные идеи могут превращаться в бред.

От obsessions сверхценные идеи отличаются отсутствием чувства навязывания и чуждости, от бреда — тем, что при сверхценной идее происходит запоздалое патологическое преобразование естественной реакции на *реальные* события.

Сверхценные идеи часто встречаются при вялотекущей псевдоневротической и псевдопсихопатической, а также паранойяльной шизофрении.

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 подвергающееся психологической коррекции извне.

Содержание бредовых высказываний душевнобольных, 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: группа персекуторного бреда, бредовые идеи величия, бредовые идеи самоуничтожения (или группа депрессивного бреда).

Динамика бреда

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, он показывает следующую динамику.

Бредовое продромальное состояние, или бредовое настроение. Вольной без всякой причины и повода чувствует сильнейший физический и психический дискомфорт, диффузную тревогу, не связанную с реальными событиями и окружением, он испытывает ощущение надвигающейся беды, несчастья, трагедии, настороженную подозрительность, внутреннюю напряженность и напряженное чувство надвигающейся угрозы. Этот период, являясь как бы предтечей бреда, длится от нескольких часов до нескольких месяцев.

Кристаллизация бреда — формирование бредовых идей персекуторного характера. Кристаллизация бреда наступает по типу озарения. Внезапно больной осознает, почему он так плохо чувствовал себя все эти месяцы, почему ему было дискомфортно, отвратительно, беспокойно и тревожно: оказывается, на него воздействовали какими-то лучами с чердака соседнего дома и пытались сбить с толку» сотрудники иностранных спецслужб. Второй этап, как правило, длится многие годы, иногда — десятки лет. Нередко бред остается на уровне второго этапа всю жизнь больного. Именно из этого этапа и рекрутируется основное население психиатрических больниц.

Формирование бреда величия. В мучительном обдумывании, почему преследуют и читают мысли именно его, а не Иванова, Петрова или Сидорова, больной постепенно приходит к убеждению, что это связано с тем, что у него «светлая голова, необыкновенные способности, талантливейшие мозги» или что он является боковой ветвью известной своей нетривиальностью знаменитой династии физиков-ядерщиков. Так формируется третий этап — этап величия с соответствующим пафосным поведением и нелепым стилем жизни. Больные периодически устраивают «великокняжеские приемы» или «собираются в космические экспедиции». Переход бреда на этап величия, как правило, свидетельствует о неблагоприятном течении эндогенного процесса и является по-существу признаком интенсификации процесса слабоумия.

В этом клиническом наблюдении отчетливо прослеживается переход от второй к третьей стадии динамики бреда, по Маньяну, т. е. переход от персекуторного бреда к идеям величия.

Распад бредовой структуры наступает после этапа бреда величия и свидетельствует о такой степени слабоумия, когда психика больного уже не в состоянии удерживать стройную, хотя и построенную по законам паралогии, бредовую структуру. Бред распадается на отдельные фрагменты, не определяющие уже стиль поведения больного. Так, пациент, горделиво утверждающий, что он самый богатый человек на планете Земля, уже через несколько минут подобострастно просит у соседа по палате несколько рублей для покупки сигарет или подбирает окурки. При этом минутные эпизоды бреда величия со временем становятся все более и более редкими и могут возникать уже только как отблески на фоне конечного (апатико-абулического) состояния.

Бредоподобные идеи. Бредоподобные (похожие на бред) идеи — это ложные умозаключения, тесно связанные с эмоциональными нарушениями и возникающие в структуре или на пике маниакальных и депрессивных состояний. От бреда они отличаются меньшим постоянством, отсутствием тенденции к систематизации, кратковременностью существования и возможной частичной коррекцией путем психологического разубеждения.

Чаще всего бредоподобные идеи по содержанию соответствуют группе бреда самоуничижения и величия.

Клинических классификаций шизофрении достаточно много, шизофрению выделяют по клиническим проявлениям на данный момент, по типам течения и по степени прогрессивности (злокачественности).

В Международной классификации болезней (МКБ-10) выделяют формы этого заболевания по наличию ведущего, наиболее устойчивого синдрома: простая, параноидная, кататоническая, гебефреническая и др.

Отечественными психиатрами, представляющими в основном Московскую школу (в частности, Центр психического здоровья), разработана классификация этого заболевания по типу течения. Были выделены непрерывно-прогрессивная, приступообразно-прогрессивная, периодическая, или рекуррентная, форма, особые формы шизофрении (вялотекущая, параноидальная, фебрильная).

4.3.2. Формы шизофрении

Простая форма

Этот вариант шизофрении дебютирует в подростковом или юношеском возрасте подчас незаметно, ползуче. В клинике преобладают негативные расстройства эмоционально-волевой сферы, интеллект при этом поначалу не страдает. Постепенно у больных пропадает интерес ко всему, что раньше их по-настоящему трогало, интересовало, — к любимым прежде развлечениям, увлечениям, привычкам, компаниям друзей по интересам. Теряется интерес к учебе (если он вообще был), к школе, школьным товарищам. По привычке они каждое утро собирают портфель и идут в школу, на самом же деле до школы не доходят и проводят время во дворах в компаниях асоциальных подростков, где впервые пробуют наркотики, курят, пьют пиво. В положенное время они «возвращаются» из школы и начинают имитировать выполнение домашних заданий. Успеваемость, естественно, снижается, человек живет на старом багаже знаний, ибо новые знания он не приобретает из-за отсутствия интереса. Нарастает замкнутость, молчаливость, уход в себя. Постепенно больной теряет способность радоваться от души, у него исчезают дифференцированные эмоциональные отклики на радость и несчастья. Особенно заметными становятся появление и дальнейшее разрастание безразличия, холодности и даже враждебности к прежде горячо любимым людям (родителям, братьям, сестрам и т.д.). Теряются гигиенические навыки, человек может месяцами не мыться, не меняет белье, спит в верхней одежде и в обуви. На соответствующие замечания близких людей реагирует агрессивно. Отмечается расторможенность примитивных влечений (обжорство, циничная мастурбация в присутствии других людей). В то же время могут появиться необычные, оторванные от жизни, новые

увлечения (симптом метафизической или философической интоксикации). Этот симптом выражается в том, что подросток внезапно, повинуясь исключительно внутреннему чувству, вдруг начинает заниматься сложными вопросами философии или какой-либо другой науки, не имея при этом элементарнейших базовых знаний.

В мышлении в начале заболевания отмечаются параллельные мысли, логические соскальзывания, шперунг, или закупорка, мышления, в последующем появляются неологизмы, паралогии, патологическая символика, резонерство.

При простой форме шизофрении, как правило, не бывает ни галлюцинаций, ни бреда. Весьма редко у отдельных больных могут отмечаться слуховые обманы по типу окликов. В целом для этой формы шизофрении характерно постепенное исчезновение высших эмоций (чувств), больной больше живет интересами, связанными с отправлениями его тела.

Простая шизофрения протекает непрерывно-прогредиентно и довольно быстро приводит к дефектному, конечному состоянию, в основе которого лежит апатико-абулический синдром.

Параноидная форма

Эта форма шизофрении может начаться в юношеском возрасте, и тогда она протекает непрерывно и достаточно злокачественно. В таком случае начало заболевания постепенное, оно довольно быстро приводит к апатическому слабоумию. Обычно же параноидный вариант наступает в возрасте около 30 лет, протекает относительно благоприятно, приступами (шубами) и относительно долго не приводит к шизофреническому апатическому дефекту. Основу этого вида патологии, как следует из самого названия, составляет параноидный синдром, включающий в себя бредовые переживания и расстройства восприятия в виде галлюцинаций, псевдогаллюцинаций и иллюзий. Отмечаются все разновидности бредовых расстройств. В клинику параноидной шизофрении могут входить следующие бредовые образования.

Паранойальный синдром. В этот синдром входит лишенный нелепости правдоподобный систематизированный бред монотематического характера. Другой составной частью синдрома является слегка повышенное настроение и самодовольство, убежденность в собственном превосходстве перед окружающими, а также выраженная стеничность и кипучая энергия в реализации своих бредовых притязаний. В структуру паранойального синдрома никогда не входят иллюзии, галлюцинации и другие расстройства ощущения и восприятия. Паранойальный бред при этом синдроме может развиваться из сверхценной идеи. По содержанию это чаще всего бред эротический, сутяжный, ревности, изобретательства и физического недостатка.

Параноидный синдром включает в себя самый разнообразный бред (но чаще всего персекуторный) в сочетании с нарушениями ощущения и восприятия (сенестопатии, иллюзии, галлюцинации, псевдогаллюцинации). Частым и самым распространенным вариантом этого симптомокомплекса является ***синдром Кандинского— Клерамбо***, в структуру которого входят псевдогаллюцинации, бред воздействия (психического, телепатического, физического, гипнотического, лазерного, компьютерного и пр.) и психические автоматизмы. ***Психический автоматизм*** — это восприятие больным себя как марионетку, при этом он перестает быть хозяином своих мыслей, ощущений, движений, он не может самостоятельно управлять своей волей, эмоциями, двигательными актами. Выделяют несколько вариантов психического автоматизма: ***двигательный, или моторный***, сопровождается убежденностью больного в том, что кто-то действует на его мышцы, заставляя против желания совершать какие-то движения. Больной не может контролировать эти движения, не может прекратить их усилием воли; ***сенестопатический автоматизм*** проявляется в убежденности, что кто-то насильственно вызывает у больного различные, крайне неприятные, ощущения жжения, покалывания, скручивания, сжимания, сдавливания,

раздавливания (сенестопатии); *ассоциативный, или идеаторный*, — самый распространенный вариант психического автоматизма (*мыслительный*). Больной ощущает воздействие непосредственно на процесс мышления — отнимают мысли и считают их, вкладывают в голову больному чужие и чуждые ему мысли, заставляя его думать по-своему, устраивают открытость его мыслей, когда их, как открытую книгу, может прочитать любой желающий, или «эхо мысли» (не успеет больной о чем-либо подумать, как его мысль озвучивает кто-то из окружения), превращают его процесс мышления «во внутреннюю речь». Иногда непосредственно перед открытостью мысли отмечается «шелест мысли» — тихое и неотчетливое ее звучание. Больной испытывает и так называемое разматывание воспоминаний (его насильственно заставляют постоянно вспоминать самые неприятные моменты собственной жизни) или видит «сделанные сновидения» (каждую ночь больной видит один и тот же, крайне неприятный, сон с кошмарными персонажами, которые его пытаются или подвергают различным изощренным оскорблениям, преследователи устраивают больному во сне пышные похороны). Больные мысленно общаются со своими преследователями, ведут с ними длительные дискуссии, получают ответы в виде беззвучной или громкой «шепотной речи» или «голосов из головы». Иногда бывает так называемое сделанное настроение, при этом больной заявляет, что его настроение, чувства, симпатии и антипатии управляются кем-то извне.

Синдром Кандинского—Клерамбо нередко сопровождается *транзитивизмом*. Это убеждение больных в том, что не только они слышат внутренние голоса, ощущают воздействие, но и их близкие, врачи, медицинские сестры; что не они испытывают постороннее влияние, а медицинский персонал, члены их семьи; больны не они, а их родственники или, по крайней мере, врачи.

В наиболее полном виде синдром Кандинского — Клерамбо отмечается именно при шизофрении. Однако в редуцированном виде| проявляется также при экзогенных, в частности при хроническом алкоголизме и алкогольных психозах. При алкогольном делирии, например, он фрагментарен, кратковремен и зависит от степени нарушения ясности сознания. При остром алкогольном галлюцинозе двигательный автоматизм синдрома Кандинского — Клерамбо полностью отсутствует, а ассоциативный и сенестопатический кратковременны. При гриппозных психозах полностью отсутствуют явления сенестопатического автоматизма, а ассоциативный и двигательный сохраняются. В целом отмечается известный параллелизм между тяжестью патологического процесса и выраженностью симптоматики психического автоматизма.

Парафренный синдром включает в себя систематизированный бред преследования, воздействия, материального ущерба, величия фантастического характера или отравления с явлениями психического автоматизма, а также слуховыми и висцеральными галлюцинациями и псевдогаллюцинациями. Все это протекает на фоне патологически повышенного настроения (эйфория). Сформированный парафренный синдром отличается необычайной стойкостью, исключительной инертностью, тенденцией к хроническому течению. Тем не менее с годами по мере нарастания слабоумия бредовая парафренная система теряет четкую систематизированность и несколько разрыхляется.

Синдром Котара. В этот синдром входит нигилистический бред (как разновидность бредовой ипохондрии) в сочетании с тяжелой депрессией. Больные с синдромом Котара жалуются на то, что у них отсохла половина сердца, легкие зашлакованы, кишечник атрофировался, отсутствует желудок и пища сразу попадает в подкожно-жировую клетчатку, мышцы и кровеносные сосуды «полуживые», поэтому в венах и артериях у них вместо крови находится непереваренная пища со слюной. В состав синдрома Котара могут входить, хотя и далеко не всегда, также бред мучительного бессмертия, отрицательного величия (злого могущества) и бред гибели мира. Бред мучительного бессмертия заключается в убежденности больного в том, что он будет вечно мучиться, страдать, испытывать сильнейшую психическую и физическую боль и никогда не избавится от нее, так как он

бессмертен. Такие больные, чтобы избавиться от чрезмерных душевных мук, нередко прибегают к самоубийству. Бред отрицательного могущества выражается в патологической убежденности больного в том, что он самим фактом своего существования приносит большие неприятности и страдания отдельным людям и всему человечеству в целом.

Бред гибели мира (апокалиптический бред) выражается в том, что больной уверен в наступающем конце света, при этом земная кора раскалывается пополам, жидкая магма заливают поверхность планеты, уничтожая все живое. Больной находится в жидкой лаве, чувствует, как горит его тело, испытывает тячайшие муки, но умереть не может из-за своего бессмертия.

Синдром Котара в основном характерен для инволюционных и старческих психозов, однако он описан и при периодической шизофрении, и при некоторых других психических заболеваниях.

Синдром дисморфофобии-дисморфомании. В этот синдром входят бредовая или сверхценная идея физического недостатка, бред отношения и пониженное настроение, вплоть до тяжелой депрессии с суицидальными тенденциями. Больные испытывают активное недовольство какой-то частью своей внешности, постоянно обращаются к хирургам с требованием проведения косметической операции для исправления «дефекта внешности». Характерно, что дефект, как правило, касается совершенно нормальной части юла (при бреде), при этом на действительно существующий дефект внешности, касающийся другой части тела, больные не реагируют. Например, страдая от «лопоухости» и требуя оперативного вмешательства на ушных раковинах (кстати говоря, совершенно нормальных), больная игнорирует имеющуюся у нее реальную «заячью губу». Тенденцию к коррекции внешности (дисморфомания) иногда проявляют, пытаясь исправить недостаток подручными средствами, особенно если хирурги отказываются проводить пластическую операцию.

Бред отношения при этом синдроме выражается в том, что окружающие якобы видят уродство больного, посмеиваются над ним, осуждают и сторонятся его как прокаженного. Больной все свои жизненные неудачи объясняет наличием «дефекта внешности». Он не поступил в институт, потому что преподаватели не хотели иметь студента «с таким уродливым носом». Другая больная долго не могла выйти замуж, объясняя это наличием у себя «безобразно толстых губ» (объективно губы надменно тонкие, что, впрочем, больную совершенно не портит).

При отказе хирургов от проведения пластической операции и при невозможности самостоятельной коррекции «имеющегося недостатка внешности» больные нередко прибегают к самоубийству, ибо «жизнь с уродством хуже смерти».

Бредовой вариант дисморфофобии-дисморфомании встречается в юношеском возрасте при шизофрении. Сверхценный вариант более характерен для так называемых пограничных психических заболеваний.

Синдром Капгра включает в себя бред двойника, бред отношения, бред интерметаморфозы, страх, тревожные опасения и расстройства восприятия (иллюзии, галлюцинации, дереализация) с бредовой интерпретацией последних. Синдром Капгра часто сочетается с явлениями психического автоматизма. Больной с этим синдромом убежден, что его родственников уничтожили, а вместо них в семью внедрились загримированных под родственников «агентов спецслужб». Или же больной постоянно узнает среди посторонних людей своих родственников. Отношение к двойникам, как правило, негативное, агрессивное. Иногда дело доходит даже до убийства. Весьма редко отношение может быть сочувственно-доброжелательным. Так, больной, у которого «подменили» жену, «подсунув двойника», относился к «двойнику» гораздо лучше, чем к жене, понимая, что она тоже жертва каких-то махинаций. Он постоянно уговаривал ее пойти в органы милиции и «выдать всю шайку».

Синдром Фреголи получил свое название по имени актера, постоянно меняющего маски во время выступления (в нашей стране это был бы синдром Райкина). Для этого вида

патологии характерны бредовые идеи преследования, сочетающиеся с постоянным ложным узнаванием преследователя во многих окружающих больного лицах — среди родственников, соседей, сослуживцев по работе, случайных знакомых. Больной утверждает, что преследователи постоянно меняют свой вид, принимая облик других людей. Отношение к преследователям, как правило, агрессивно-угрожающее с нанесением им тяжких телесных повреждений, вплоть до убийства (феномен преследования преследователей).

Гебефреническая форма

Название этой, одной из самых злокачественных форм шизофрении идет от имени Гебы — богини утренней зари, богини юности. И действительно, болезнь начинается на заре человеческой жизни, — как правило, в период полового созревания. На начальных этапах ее практически невозможно отличить от простой формы — отмечается все тот же *simplex*-синдром: аутизм, редукция энергетического потенциала, явления дрейфа, эмоционально-волевые нарушения и своеобразные изменения мышления; могут, хотя и далеко не всегда, отмечаться неврозоподобные нарушения в виде капризности, склонности к перепадам настроения, повышенной утомляемости, раздражительности. Однако к симптоматике *simplex*-синдрома присоединяется типичная только для гебефренической формы манерность, нелепая дурашливость, незаражающий смех, неадекватный монотонный немотивированный плач. Поведение больных напоминает неумелую детскую игру с определенной нарочитостью, плоскими шутками, нередко с сексуальным оттенком, гримасами, клоунадой, кривлянием, иногда сопровождается псевдовеличественными позами, при этом голос то с капризными детскими интонациями, то повелительно-приказной, то с трагическим шепотом и придыханиями. Отмечается выраженное двигательное и речевое возбуждение, больные с громким криком носятся по отделению, перепрыгивают через кровати, скачут по обеденным столам, кубарем катаются по полу, хватая за ноги персонал отделения или других больных. Характерны также импульсивные действия и неожиданные выходки. Иногда к этому присоединяются отдельные кататонические симптомы. В целом поведение больных приобретает характер клоунады. Они достаточно быстро становятся безразлично-холодными к родным и близким, безучастными к своему состоянию и в целом к своей судьбе. Теряют характерную для всех больных шизофренией способность сопереживать другим людям хотя бы из приличия: громко смеются или распевают цинично-сексуальные песни рядом с людьми, у которых большое горе. При крайней неадекватности и немотивированности эмоциональных реакций преобладает пустая непродуктивная эйфория.

В мышлении преобладают резонерство, разорванность, весьма характерно также обилие неологизмов, поэтому речь иногда даже напоминает иностранную. Нередко при этой форме отмечаются галлюцинации, особенно слуховые и висцеральные, и отрывочные вторичные бредовые идеи отношения и преследования, сексуального воздействия и величия. Они никогда не складываются в систему, отличаются нелепостью и полиморфизмом. Со временем бредовые идеи как бы редуцируются, тускнеют, но затем без всякой на то причины вновь усиливаются и выходят на первое место в клинической картине заболевания, формируя так называемые *гебефрено-параноидные состояния*. Иногда же в комплексе гебефренных состояний начинает преобладать кататоническая заторможенность, вплоть до кататонического ступора (кататоническая заторможенность). По миновании заторможенности вновь восстанавливается гебефреническое поведение, выражающееся в обычной дурашливой клоунаде на фоне выраженной эмоциональной тупости.

Течение этого варианта шизофрении достаточно злокачественно и непрерывно, сравнительно быстро может наступить шизофреническое (апатическое) слабоумие с выраженной шизофазией.

Кататоническая форма

Эта форма шизофрении чаще начинается в юношеском возрасте, хотя может начаться и значительно позже. Как видно из названия, основную картину заболевания при этой форме

шизофрении определяет чередование кататонического возбуждения и кататонического ступора.

Кататоническое возбуждение хаотическое, нецеленаправленное, в самом начале носит характер растерянно-патетического возбуждения с аффектом недоумения, экзальтированностью, высокомерным пафосом, манерностью, бессвязной говорливостью, двигательным возбуждением. При резкой выраженности этого возбуждения больные носятся по отделению или же ползают по нему, громко кричат или визжат, гримасничают, рвут на себе одежду. При этом поступки и отдельные движения импульсивны, неестественны, нарочиты. В рамках кататонического возбуждения часто отмечается пассивный или активный негативизм. При усилении возбуждения оно из растерянно-патетического становится нелепо-дурашливым и выражается в бессмысленном кривлянии, постоянном гримасничании, кувыркании, нецензурных неологизмах, немотивированной агрессивности к окружающим, преобладании активного негативизма над пассивным. При дальнейшем усилении кататонического возбуждения в клинической картине начинает преобладать импульсивность (импульсивная форма). При этом больные постоянно бегают, неугомонно громко распевают частушки и песни ненормативного содержания, цинично бранятся, срывают с себя и с окружающих всю одежду, крушат вещи, попадающие им под руку, наносят окружающим жестокие побои, мажут себя и других людей калом, разбрасывают по всему отделению остатки пищи, пытаются мочиться на лежащих в постели пациентов. Встречая в чем-то противодействие или запрет, они проявляют жестоко-бессмысленную ярость с неистовым беспорядочным метанием по помещению с нанесением себе и окружающим тяжелых увечий. Часто отмечается расторможенность влечений, особенно сексуального характера, при этом больные открыто и беспрестанно занимаются мастурбацией. При кататоническом возбуждении речь напоминает словесный салат, отмечается также *вербигерация* (бессмысленное повторение одних и тех же слов или простейших предложений), *мимоговорение* (ответы на вопросы не по существу, невпопад), *эхолалия* (точное повторение слов окружающих).

Кататонический ступор развивается внезапно, без видимых причин, иногда вслед за кататоническим возбуждением или после субступорозного состояния. Проявляется в обездвиженности или крайней замедленности ритма движения, восковой гибкости (каталепсия), выражающейся в сохранении больным приданной ему позы, порой очень неудобной, мутизме (молчании), 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 характерны мутизм, активный и пассивный негативизм. **Пассивный негативизм** проявляется в молчаливом отказе от выполнения требуемых действий.

Активный негативизм выражается в активном сопротивлении воздействию извне и в стремлении совершить противоположное воздействию действие. Например, больного просят показать язык, но он игнорирует эту просьбу (пассивный негативизм) или же стискивает зубы и закрывает рот руками (активный негативизм). Нередко при кататоническом ступоре выявляется эхолалия, эхопраксия (повторение действий и движений), эхомимия (повторение мимики окружающих), симптом капюшона (больной натягивает на голову куртку или рубашку наподобие капюшона), симптом пассивной подчиняемости (активно отказываясь от чего-то, больной тем не менее пассивно выполняет то, что от него требуется, хотя и категорически с этим не согласен), симптом Бумке (отсутствие зрачковой реакции на болевые раздражители), импульсивность (находящийся в эмбриональной позе больной в мгновение ока вскакивает с постели, наносит сильный удар проходящему мимо его кровати другому больному и также внезапно и импульсивно снова ложится в эмбриональную позу). Физиологические отправления нередко совершаются такими больными прямо в постели.

Кататонический ступор и кататоническое возбуждение могут протекать на фоне ясного (*люцидная кататония*) или помраченного сознания (*онейроидная кататония*). Течение

люцидной кататонии непрерывно-прогредиентное, эта разновидность кататонической формы шизофрении довольно быстро приводит к апатическому (шизофреническому) слабоумию. Кататонический ступор может прерываться приступами импульсивного кататонического возбуждения. Кататонический ступор может длиться несколько месяцев, а в неблагоприятных случаях и несколько лет.

Глюцидной кататонии в период возбуждения преобладает его импульсивная форма, в период обездвиженности — ступор с негативизмом и оцепенением.

Для *онейроидной кататонии* более характерны растеряннопатетическое возбуждение, субступорозные состояния с восковой гибкостью.

Резидуальная шизофрения (шизофренический дефект) Отмечается при неблагоприятном течении шизофренического процесса или при неадекватном его лечении. При достаточно выраженном дефекте (т. е. стойком апатико-абулическом синдроме) могут появиться отдельные, не связанные между собой, расстройства в виде бреда, псевдогаллюцинаций или галлюцинаций, эпизодические кататонические или гебефренические проявления, т. е. симптомы имевшейся ранее формы шизофрении.

Шизофрения, развившаяся на фоне олигофрении, называется пфрпрофшизофренией.

Вялотекущая шизофрения. Это малопрогредиентная, пограничная шизофрения, или шизотипическое расстройство (по МКБ-10), с ползучим незаметным началом, медленным течением и относительно благоприятным прогнозом, редко приводящим к типичному шизофреническому дефекту в виде апатико-абулического синдрома. Клиническая картина этой формы шизофрении, особенно на начальных этапах, практически не отличается от так называемых затяжных неврозов, или невротических развития, или же психопатий. При этом чисто шизофренические симптомы при вялотекущей форме могут быть выражены настолько незначительно, что выявляются лишь при тщательном патопсихологическом исследовании. В зависимости от клинической картины заболевания выделяют, псевдоневротическую (неврозоподобную) и псевдопсихопатическую (психопатоподобную) разновидности вялотекущей шизофрении.

Неврозоподобная разновидность. Напоминает клинику затяжного невроза навязчивых состояний с явлениями разнообразных obsessивных и ипохондрических расстройств, ауто-, сомато- и аллопсихической деперсонализации, а также, особенно в подростковом и юношеском возрасте, с транзиторными дисморфоманическими переживаниями. Эти больные характеризуются чрезвычайной тревожностью по совершенно незначительному поводу (пантревужность), причем тревога обычно ни с чем не связана и значительно усиливается при наличии какого-то соматического неблагополучия, но она всегда диффузна и неконкретна. Навязчивые страхи всегда сопровождаются различными защитными действиями (ритуалами). Иногда эти ритуалы сами сопровождаются выработкой защитных действий против самих себя.

Иногда навязчивые страхи и ритуалы начинают приобретать характер насильственности, превращаясь со временем в синдром психического автоматизма. Иногда навязчивости с самого начала носят нелепый характер, например страх отдельных букв алфавита, страх готического шрифта, страх радуги или подснежников. В самом фобическом феномене компонент страха обычно замещается паникой. Панические фобии могут привести к суицидальному поведению. Ритуалы нередко занимают ведущее положение в клинической картине заболевания, целиком определяют поведение больных, иногда они полностью изолируются от общества (пациенты из-за этого оставляют работу или учебу, месяцами не выходят из дома, чувствуют себя в безопасности только в пределах своей квартиры).

Ипохондрические жалобы при псевдоневротической шизофрении предъявляются в необычной, вычурной форме (болят эритроциты, моча как бы закипает в мочевом пузыре, в голове — «мозговые волны», как прилив и отлив на море, кровь почти останавливается). Ипохондрия часто сопровождается нелепыми сенестопатическими ощущениями («из-за

ускорения кровотока эритроциты, как в центрифуге, отделяются от лейкоцитов и это приводит к появлению "боли расставания" во всем теле»). Астенические переживания при этой разновидности шизофрении отличаются стойкостью и монотонностью, они не снимаются отдыхом и не уменьшаются при облегченном трудовом режиме. Деперсонализация может касаться всех частей физического Я, вплоть до ощущения потери собственной массы тела и недействия на него закона всемирного тяготения. Аутопсихическая деперсонализация нередко мучительно переживается больным как потеря способности сочувствовать, сопереживать, разделить горе с близкими или друзьями. При дисморфоманических расстройствах убеждение в своем уродстве касается, как правило, почти идеальной части тела, в то время как реальный дефект попросту игнорируется.

Психопатоподобная разновидность. Эта разновидность патологии называется также латентной, психопатоподобной, препсихотической, продромальной шизофренией или гебоидофренией. Клиническая картина психопатоподобной шизофрении сходна с проявлениями различных форм психопатий, собранных в единое целое. С шизоидным расстройством личности эту форму шизофрении объединяет нарастающая шизоидизация. У больных постепенно, но неуклонно нарастает замкнутость, уход в мир собственных чувств и переживаний, при этом внешний мир перестает быть источником получения новой информации. Также неуклонно усиливается неприязненное отношение к ранее особо любимым и близким людям — родителям, братьям, сестрам или же появляется двойственное чувство к ним — большая любовь и привязанность, выраженная ненависть и злобность к ним. Так, больная Ц. больно щипала свою старую бабушку и одновременно плакала от сочувствия к ней. Из-за трудностей концентрации внимания больные начинают хуже учиться или работать. В то же время у них могут появиться весьма необычные увлечения и хобби, они начинают собирать шерсть собак различных пород или передние лапки лягушек разных регионов страны, составляют схемы познания окружающего мира через оставленное на земле гуано, пытаются понять судьбу того или иного вида животных через гадание на кофейной гуще с добавлением соответствующих испражнений. У них может отмечаться и симптом метафизической интоксикации, однако мысли свои они излагают» весьма сумбурно. Рассуждения, как правило, нелогичны, а порой и откровенно нелепы (так, например, они предлагают выбирать в Государственную Думу только светловолосых, так как у последних «в головах только светлые мысли»). Со временем у них нарастает неряшливость, они перестают мыться, следить за своим внешним видом, спят в верхней одежде и в ботинках, перестают бриться, расчесывать запутанную, с колтунами шевелюру. Нередко они переселяются на городские свалки и ведут там «растительный образ жизни». Они весьма склонны к употреблению наркотиков, алкоголя, интересуются проблемами самоубийства как метода перехода из одного жизненного качества в другой. Могут надолго исчезать из дома, где-то скитаться с целью «познания вселенной в пределах одной области».

Эта форма шизофрении нередко напоминает психопатию эпилептоидного круга. Для пациентов характерна угрюмая замкнутость, холодная изуверская жестокость, они любят мучить не только домашних животных, но и очень близких родственников. У них без всякой на то причины или по незначительному поводу возникают состояния дисфории с агрессией, направленной на ближайшее социальное окружение или, значительно реже, на себя. Нередко они отличаются повышенной раздражительностью, гневливостью, «вспыхивают по ничтожному поводу», что внешне напоминает психопатию возбудимого круга. Они легко примыкают к различным асоциальным группам, легко попадают под влияние отрицательных лидеров, которым подчиняются во всем, совершают различные хулиганские поступки, участвуют в коллективных противоправных действиях, как это бывает при психопатиях неустойчивого типа. При наличии в клинической картине истерической симптоматики в виде утрированного, холодного эгоцентризма психопатоподобная форма шизофрении характеризуется отсутствием тонкого артистизма, неумением оценить обстановку и произвести на окружающих благоприятное впечатление. Фальшивая наигранность,

обезьяноподобные гримасы, кривляние и манерность сочетаются с чрезвычайной холодностью и черствостью по отношению к самым близким людям, в частности к родителям. Весьма характерна для этого варианта шизофрении и псевдология фантастики (больные для привлечения внимания придумывают истории, показывающие их в благоприятном свете, и сами начинают верить в них).

Циркулярная форма. Циркулярная шизофрения проявляется в периодически возникающих приступах мании или депрессии. Изменения личности, характерные для шизофрении, наступают сравнительно медленно, и у больных достаточно долго сохраняется высокий уровень социально-трудовой адаптации. Эту форму шизофрении, протекающую рекуррентно, не следует смешивать с маниакально-бредовым психозом. Основным дифференциальным критерием является характер межприступного периода. Если при маниакально-депрессивном психозе в такие периоды человек практически здоров, то при циркулярной шизофрении после каждого приступа углубляются характерные для этого заболевания изменения личности.

Фебрильная шизофрения (гипертоксическая шизофрения, смертельная кататония)

Название этой разновидности шизофрении объясняется тем, что основным и объективным критерием этого состояния является повышение температуры и ряд соматических расстройств на фоне кататонического симптомокомплекса. Приступы фебрильной шизофрении внешне похожи на приступы онейроидной кататонии и проявляются возбуждением или ступором. При кататоническом возбуждении температура тела, как правило, субфебрильная или не превышает 38°, при ступоре — достигает 40°. Длительность лихорадочного приступа варьирует от нескольких дней до нескольких недель. Типичен внешний вид больных: лихорадочный блеск глаз, сухие, запекшиеся губы, гиперемия кожных покровов, единичные кровоподтеки, язык сухой, красный или обложенный. До того как при лечении шизофрении стали широко применяться нейролептики, эта разновидность психической патологии нередко заканчивалась смертельным исходом (отсюда и старое название — смертельная кататония). После купирования нейролептиками приступа фебрильной шизофрении обычно наступает хорошая ремиссия, и больные долго удерживаются на прежнем профессиональном и социальном уровне.

4.3.3. Типы течения шизофрении

По данным Центра психического здоровья (Москва), отмечаются следующие варианты течения шизофрении.

Непрерывно-прогредиентный тип — болезнь течет без ремиссий, неуклонно и беспрерывно, вплоть до апатико-абулического дефекта. Такое течение характерно для простой, гебефренической, ранней параноидной форм шизофрении, а также кататонической, протекающей на фоне ясного сознания (люцидная кататония).

Приступообразно-прогредиентный тип: характерны отдельные приступы длительностью до нескольких месяцев с последующими ремиссиями разного качества. Длительность ремиссии варьирует от нескольких дней до нескольких месяцев, а иногда и лет. Приступы по клиническим проявлениям могут быть самыми разными: параноидными, галлюцинаторно-параноидными, паранойяльными, неврозоподобными, психопатоподобными, кататоническими, полиморфными и т.д. В целом приступообразно-прогредиентная шизофрения характеризуется вялым, непрерывным течением, на фоне которого развиваются острые аффективные, аффективно-бредовые или бредовые приступы, после каждого из которых углубляются шизофренические изменения личности, но может длительно сохраняться высокий уровень трудоспособности.

Шубообразная шизофрения также может привести к апатико-абулическому дефекту, хотя чаще всего она ограничивается лишь выраженными личностными нарушениями и

социально-трудовой дезадаптацией.

Рекуррентный тип — наиболее благоприятный вариант шизофрении: после острых аффективных или аффективно-бредовых приступов наступает ремиссия хорошего качества с полным исчезновением психопатологической симптоматики и весьма незначительным изменением личности.

Такое течение характерно для циркулярной и кататоно-онейроидной шизофрении.

Типы ремиссий. В отечественной психиатрии для практических целей часто используется типология ремиссий, предложенная М.Я. Серейским. Она основана на учете степени улучшения состояния больного шизофренией после перенесенного приступа.

Ремиссия А — из приступа болезни больной выходит полностью поправившимся, без каких-либо остаточных явлений (полное выздоровление).

Ремиссия В — больной поправился не полностью, его работоспособность восстановлена, но болезнь оставила свои следы — изменение характера, повышенная утомляемость и др.

Ремиссия С — больной может быть выписан из психиатрического стационара, но у него имеются остаточные проявления болезни, трудоспособность снижена.

Ремиссия D — так называемое внутрибольничное улучшение; проявления болезни несколько смягчились, однако трудоспособность не восстановлена.

Ремиссия 0 — отсутствие улучшения.

Вопросы для самостоятельной работы:

1. Каковы современные представления об этиологии шизофрении, распространен ли в данном *случае* доминантный тип наследования?
2. Как наиболее часто начинается шизофрения?
3. Какие формы шизофрении вам известны, какие из них прогностически наиболее неблагоприятны?
4. Может ли считаться шизофрения абсолютно неизлечимым заболеванием?
5. Каковы особенности общения с больными шизофренией?

4.4. Аффективные расстройства

В этой главе рассматриваются в основном маниакальные и депрессивные синдромы при различных вариантах их течения. Наименования психических расстройств, включающих эти синдромы, при введении новой Международной классификации болезней значительно изменились. Так, известный более 100 лет маниакально-депрессивный психоз теперь именуется «биполярное аффективное расстройство». Среди аффективных расстройств рассматривается теперь и психогенная депрессия. Не нашлось места в новой классификации болезней и инволюционной (пресенильной) депрессии. Общность клинических проявлений и лечебных вмешательств позволяет рассматривать депрессии позднего возраста именно в этой главе. В свете требований МКБ-10 маниакальные или депрессивные состояния или фазы сейчас именуется «маниакальные и депрессивные эпизоды». По мере изложения материала будем одновременно приводить новые и старые названия болезней и терминов.

Этиология и патогенез. Заболевание, до МКБ-10 описываемое как маниакально-депрессивный психоз (теперь разделенный на маниакальные и депрессивные эпизоды, биполярное аффективное расстройство и др.), имеет преимущественно наследственное происхождение. В ряде случаев прослеживается доминантный тип наследования болезни (мать — дочь -внучка и т. п.; это так называемые ядерные семьи). Риск заболевания обоим однояйцовых близнецов, по данным разных авторов, составляет от 66 до 96 %, то есть эти данные подчеркивают преобладание наследственного фактора над экзогенным (внешним) воздействием. В то же время депрессивные эпизоды и повторяющееся (рекуррентное)

депрессивное расстройство нередко обнаруживаются у пациентов без отягощенной наследственности. Отмечается, что особенно подвержены аффективным расстройствам люди определенной конституции (особого строения тела и функционирования нервной системы). Речь идет о пикнической или гиперстенической конституции — это люди, склонные к полноте, с широкой грудной клеткой, короткой шеей и мягкими (округлыми) чертами лица, склонные к спонтанным (беспричинным) колебаниям настроения.

При депрессиях, развивающихся в позднем возрасте, нередко обнаруживают сосудистую патологию (вегетососудистую дистонию, начальные проявления атеросклероза мозговых сосудов и диабет). У тех же пациентов при сборе анамнеза (особенно объективного) нередко находят указания на характерологические аномалии, начиная с раннего возраста, -повышенную робость, нерешительность, мнительность или подозрительность. Наконец, депрессии позднего возраста (реже другие депрессии) весьма часто запускаются психотравмой, то есть, начинаясь после психотравмы, они продолжаются, даже когда значимость ее проходит и связанные с ней переживания уже отзвучали.

Патогенез аффективных расстройств до конца неясен. Если в происхождении депрессивных эпизодов (фаз, состояний) определенное значение имеет недостаток функционирования серотониновой медиаторной системы и это довольно четко доказано, то происхождение маниакальных эпизодов малопонятно, хотя производятся массивные исследования состояния ряда медиаторных систем при этой патологии.

Маниакальные эпизоды. Это эйфория, как правило, со стремлением к повышенной деятельности; ускорение мышления и речи, двигательное возбуждение, идеи переоценки собственной личности или бредовые идеи величия.

В клинической практике наблюдаются маниакальные эпизоды различной выраженности — легкой, средней и тяжелой. При этом тяжесть состояния может постепенно нарастать, но нередко маниакальный эпизод может ограничиваться проявлениями легкой степени, так называемым гипоманиакальным состоянием.

При этом отмечается подъем настроения, видимый внешне и переживаемый субъективно, чувство полного благополучия, ощущение повышения умственной и физической работоспособности. В то же время истинного усиления продуктивности в работе не возникает, поскольку пациенты к себе не критичны, не исправляют ошибок и неточностей. Никакие замечания, никакие неприятные события не в состоянии изменить радужного настроения, они могут вызывать лишь кратковременную раздражительно-гневливую реакцию. Пациенты разговорчивы, подвижны, в беседе фамильярны и бестактны. Аппетит повышен, но больные немного теряют в весе. Спят они мало (несколько часов им достаточно), просыпаются с тем же ощущением полного благополучия; вообще эйфория наиболее выражена в утренние часы. У пациентов повышается сексуальная активность, могут быть случайные половые связи, потеря девственности, что потом вспоминается со стыдом, иногда с отчаянием.

При маниакальном эпизоде умеренной степени выраженности, возникающем после легких проявлений, настроение характеризуется как безудержное веселье. Больные непрерывно говорят, перескакивая с одной мысли на другую, назойливы, навязчивы, раздражают других пациентов, иногда вызывают неправомерное раздражение и у персонала (для того чтобы живо и образно представить особенности речи при маниакальном эпизоде, целесообразно перечитать монологи героев Гоголя — Хлестакова и Ноздрева). Пациенты находятся в состоянии психомоторного возбуждения, непрерывно перемещаются, подходят то к одному, то к другому пациенту, то к одной, то к другой медсестре, мешая работать (некомпетентный персонал жалуется на их «хулиганство»). Никакая продуктивная работа у пациентов при этом невозможна, хотя они берутся то за одно, то за другое дело. Если с ними не вступают в контакт или им делают замечания, проявляется резкая гневливость, даже агрессивные поступки. Пациенты хвастливы, вспоминают действительные и мнимые

заслуги, говорят о своей особой и большой роли в чем-то (становлении завода, отрасли, в революции и т. д.), однако бредовых идей величия еще не возникает.

Больные в маниакальном эпизоде умеренной степени тоже спят очень короткое время или вообще не спят. Аппетит повышен, они едят часто, понемногу, второпях и заметно худеют. Возможна усиленная алкоголизация, прием наркотиков, беспорядочные половые связи, увеличивается риск заражения венерическими заболеваниями и СПИДом.

В некоторых случаях раздражительность и гневливость преобладают над эйфорией.

При маниакальных эпизодах с тяжелыми проявлениями (в МКБ-10 мания с психотическими симптомами) ускорение мышления и психомоторное возбуждение достигают крайних степеней. Пациенты говорят непрерывно, голос их хриплый, они не заканчивают фраз и выкрикивают по несколько слов, переходя к совершенно другой мысли. Такое состояние носит название «скачка идей». Пациенты переходят от одного человека к другому, во все вмешиваются, дают массу советов, хотя и не успевают до конца их высказать; часто поют, танцуют. Маниакальный эпизод с психотическими симптомами характеризуется возникновением бредовых идей величия. Пациенты говорят вскользь о своих огромных заслугах, постах, достижениях, наградах, свершениях; о великих литературных трудах, новых преобразованиях, например, в гуманитарных или точных науках. Однако в отличие от шизофрении бредовые идеи носят отрывочный характер, пациент длительное время внимание на них не фиксирует, и их наличие мало сказывается на поведении.

Хоть аппетит у пациентов и повышен, они из-за постоянного возбуждения существенно теряют в весе. Они совершенно не спят. Эйфория может быстро перейти в гневливость, когда пациенты крайне склонны к агрессии.

При маниакальных эпизодах с тяжелыми психотическими проявлениями пациентам должна осуществляться неотложная помощь.

Депрессивные эпизоды. Основные проявления депрессивного синдрома также описаны ранее — снижение настроения, замедление мышления, двигательная заторможенность, идеи самообвинения (с высоким риском суицида). Выраженность депрессивного эпизода также может быть легкой, умеренной и тяжелой. В настоящее время для профилактики расстройств настроения также широко применяют антиконвульсанты-нормотимики.

При возникновении депрессивного эпизода легкой степени выраженности настроение снижается, отмечается подавленность, пациенты отмечают, что потеряли способность радоваться (рис. 14). Выраженного замедления мышления нет, но пациенты отчетливо ощущают утомляемость, затруднение внимания и других умственных процессов. Идей самообвинения они не высказывают, но окружающее и собственное будущее представляются в черном цвете. Отчетливая двигательная заторможенность отсутствует, однако больные указывают на отсутствие побуждений к деятельности. Планов на будущее они не строят.

Иногда переживание апатии оказывается в клинической картине ведущим. В ряде случаев больные указывают не на тоску, а на постоянное ощущение тревоги и растерянности. Следует обратить особое внимание на то, что депрессия нередко впервые проявляется не психическими изменениями, а вегетативными и неврологическими расстройствами. Снижение настроения, утрата способности радоваться, тревога выявляются лишь при детальном исследовании пациентов. Такие формы депрессий носят название маскированных, или соматизированных.

Пациенты испытывают различные неприятные ощущения — в области желудка, кишечника, сердца, позвоночника. Они ипохондричны — прислушиваются к своим ощущениям, подозревают у себя тяжелое соматическое заболевание и этим объясняют упадок настроения. Среди относительно постоянных соматических расстройств утрата аппетита, медленная потеря веса, длительные запоры, у женщин — нерегулярные и скудные

менструации; у мужчин — ослабление или утрата потенции. К этому обычно присоединяются жалобы на короткий и не освежающий сон.

При маскированных депрессиях пациенты иногда с целью облегчения состояния прибегают к алкоголю, наркотикам или принимают в больших количествах седативные средства. Клинический пример:

М., 21 год, студентка III курса одного из медицинских вузов Санкт-Петербурга. В течение 8 месяцев теряла массу тела и страдала тяжелыми запорами. В то же время справлялась с учебной, на «отлично» сдавала зачеты и экзамены, получала повышенную стипендию. Семья не замечала каких-либо изменений поведения, кроме повышенной утомляемости, и беспокоилась лишь о состоянии желудочно-кишечного тракта дочери. Больная подвергалась самым разнообразным лабораторным и инструментальным исследованиям, однако отчетливой соматической патологии найдено не *было*. Один из знакомых посоветовал «на всякий случай» пригласить психиатра, который при беседе выявил, что М. потеряла способность ощущать радость и полноту жизни, это тяжело переживается в утренние часы, а вечером проходит. Были назначены средние дозы амитриптилина, после чего масса тела и состояние желудочно-кишечного тракта восстановились вместе с нормализацией настроения.

Пациенты с депрессивным эпизодом легкой степени, как ни одна другая категория душевнобольных, часто попадают в руки специалистов не по профилю. Они лечатся у невропатолога, психотерапевта, физиотерапевта, санаторно-курортного врача, даже экстрасенса. При этом теряется время и тяжесть депрессии усугубляется.

Всегда в тех случаях, когда субъективные жалобы пациентов соматических клиник значительно превосходят объективные показатели или последние вообще отсутствуют, следует подозревать депрессию. Симптомы, которые указывают на психотический характер депрессии (не обусловленной переутомлением, соматическим страданием или психотравмой), то есть на депрессивный эпизод:

1. Утренний характер расстройств: падение настроения и соматические недомогания ощущаются в наибольшей степени утром.
2. Ощущение локализации тоски или тревоги в теле.
3. Потеря аппетита и падение массы тела.
4. Частые запоры.
5. Повышение артериального давления.

При депрессивном эпизоде с умеренными проявлениями представлено большинство основных симптомов. Пациенты ощущают тоску, обычно локализирующуюся в груди. Очень часто тоска сопровождается тревогой или апатией. Выражен утренний акцент расстройств. Отмечаются заметная двигательная и речевая заторможенность. Высказываются идеи самообвинения, пациенты дают о себе неверные (часто порочащие их) сведения. Периодически у них возникают суицидные мысли и даже продумываются способы самоубийства, но до суицидных действий дело не доходит. Иногда мысли о самоубийстве носят навязчивый характер, и пациенты пытаются сбрасывать их с себя. Наблюдаются и другие навязчивости и фобии (счет предметов, страх одиночества, закрытых или открытых пространств и др.).

Депрессивный эпизод с тяжелыми психотическими симптомами характеризуется значительной речевой и двигательной заторможенностью, вплоть до полной неподвижности и отсутствия речевой активности (депрессивный ступор). Переживание тоски крайне тяжелое, временами невыносимое, и ступор может неожиданно прерваться взрывом возбуждения (взрывом тоски), когда до сих пор неподвижно лежащий пациент вскакивает с постели и с криком бьется о стенку или пытается выброситься в окно. Тоска может сочетаться с тревогой, и тогда заторможенности не отмечается, а пациенты непрерывно мечутся по отделению (это так называемая ажитированная депрессия). Высказываются

просьбы убить их, не мучить. Отчетливо выражен утренний характер расстройств, пациенты четко указывают на локализацию аффективных расстройств в теле (душа рвется из груди). Высказываются идеи самообвинения — больные в отчаянии говорят о себе как о виновниках гибели семьи, о тяжелейших проступках на работе, просят их больше не лечить, поскольку они этого не заслуживают.

Характерны отказы от пищи, пациенты не спят или, даже проспав несколько часов, уверяют, что не спали. Менструации у женщин отсутствуют. Артериальное давление повышается, даже у молодых пациентов, до 140-150 мм рт. ст. Наблюдаются длительные запоры.

В ряде случаев (при особенно тяжелых и трудноизлечимых депрессиях) присоединяются явления деперсонализации и дереализации. Пациенты говорят, что стали деревянными, бесчувственными, пустыми, что им безразличны родные, даже собственные дети (такое состояние именуется «болезненной психической анестезией»). Часто при этом больные говорят, что мир стал тусклым, окружающее потеряло краски. Мир виден будто через стекло.

Депрессивные эпизоды (как и маниакальные) длятся не менее двух недель, а чаще всего несколько месяцев, иногда затягиваются на год и более.

Клинические проявления депрессивных эпизодов в структуре биполярных аффективных расстройств такие же, как описано выше.

Вопросы для самоподготовки:

1. Какова этиология маниакальных и депрессивных эпизодов; каков распространенный тип наследования болезни?
2. Какова причина возникновения депрессий в позднем возрасте?
3. Что включает лечение маниакальных состояний, каковы правила ведения терапии солями лития?
4. Чем опасны психотические депрессии?
5. Что вкладывают в понятие «соматизированной» или «маскированной» депрессии?
6. Почему в начале терапии антидепрессантами за больными следует наблюдать особенно тщательно?
7. Каков алгоритм неотложной доврачебной помощи при депрессивном возбуждении.

Тестовый контроль по теме «Психопатологические симптомы и синдромы»

1 вариант

1. Выберите основные отличительные признаки псевдогаллюцинаций:

- а) отличаются от реальности;
- б) не отличаются от реального восприятия;
- в) воспринимаются в окружающем пространстве;
- г) проецируются внутри пациента.

2. Искаженное, ошибочное восприятие реальных предметов – это:

- | | |
|-------------------|------------------|
| а) обсессии; | д) галлюцинации; |
| б) гиперамнезии; | е) абулия; |
| в) синестопатии; | ж) резонёрство; |
| г) метаморфопсии; | з) иллюзии. |

3. К патологической продукции мышления относятся:

- а) бессвязность мышления;
- б) навязчивые состояния;
- в) застойность мышления;
- г) сверхценные идеи;
- д) патологическое мышление;
- е) разорванность мышления;
- ж) бредовые идеи;
- з) резонёрство.

4. Дисфария относится к следующим видам нарушений:

- а) расстройство восприятия;
- б) расстройство мышления;
- в) расстройство памяти и интеллекта;
- г) эмоциональные расстройства;
- д) волевые и двигательные расстройства;
- е) расстройства сознания.

5. Расстройство ориентировки в месте и времени с сохраненной ориентацией в собственной личности – это:

- а) оглушенность;
- б) онейроид;
- в) делирий;
- г) аменция;
- д) сомнамбулизм;

6. При каких заболеваниях наиболее часто встречается синдром деперсонализации в сочетании с дереализацией:

- а) алкогольная зависимость;
- б) эпилепсия;
- в) шизофрения;
- г) опухоли мозга;
- д) аффективные расстройства;
- е) черепно-мозговые травмы;
- ж) нейроинфекции.

7. Какие объединяющие симптомы входят в состав депрессивного синдрома:

- а) эйфория;
- б) апатия;
- в) депрессия;
- г) психомоторное возбуждение;
- д) сверхценные идеи;
- е) ступор;
- ж) абулия;
- з) бредовые идеи.

8. Действительные события, ошибочно перенесенные в другое время:

- а) амнезия;
- б) гипомнезия;
- в) гипермнезия;
- г) псевдореминисценции;
- д) конфабуляции.

Тестовый контроль по теме «Психопатологические симптомы и синдромы»

2 вариант

1. Выберите основные отличительные признаки истинных галлюцинаций:

- а) отличаются от реальности;
- б) не отличаются от реального восприятия;
- в) воспринимаются в окружающем пространстве;
- г) проецируются внутри пациента.

2. Восприятие без объекта – это:

- а) обсессии;
- б) гиперамнезии;
- в) синестопатии;
- г) метаморфозии;
- д) галлюцинации;
- е) абулия;
- ж) резонёрство;
- з) иллюзии.

3. К расстройствам ассоциативного процесса относятся::

- а) бессвязность мышления;
- б) навязчивые состояния;
- в) застойность мышления;
- г) сверхценные идеи;
- д) патологическое мышление;
- е) разорванность мышления;
- ж) бредовые идеи;
- з) резонёрство.

4. Дистимия относится к следующим видам нарушений:

- а) расстройство восприятия;
- б) расстройство мышления;
- в) расстройство памяти и интеллекта;
- г) эмоциональные расстройства;
- д) волевые и двигательные расстройства;
- е) расстройства сознания.

5. Полная дезориентированность в месте, во времени, в собственной личности – это:

- а) оглушенность;
- б) онейроид;
- в) делирий;
- г) аменция;
- д) сомнамбулизм;

6. При каких заболеваниях наиболее часто встречается синдром сумеречного состояния сознания:

- а) алкогольная зависимость;
- б) эпилепсия;
- в) шизофрения;
- г) опухоли мозга;
- д) аффективные расстройства;
- е) черепно-мозговые травмы;

ж) нейроинфекции.

7. Какие объединяющие симптомы входят в состав маниакального синдрома:

- а) эйфория;
- б) апатия;
- в) депрессия;
- г) психомоторное возбуждение;
- д) сверхценные идеи;
- е) ступор;
- ж) абулия;
- з) бредовые идеи.

8. Неправдоподобные, ложные воспоминания – это:

- а) амнезия;
- б) гипомнезия;
- в) гипермнезия;
- г) псевдореминисценции;
- д) конфабуляции.

Тестовый контроль по теме «Детская и подростковая психопатология»

1 вариант

1. Выберите генетическое заболевание, являющееся причиной умственной отсталости у детей в результате нарушения обмена веществ:

- а) кретинизм;
- б) болезнь Дауна;
- в) врожденный сифилис;
- г) фенилкетонурия;
- д) токсоплазмоз;
- е) коревая краснуха.

2. Детский аутизм чаще развивается:

- а) у девочек;
- б) у мальчиков;
- в) не зависит от пола.

3. Какое заболевание характеризуют моторные и звуковые тики:

- а) нервная анорексия;
- б) тиковые расстройства;
- в) нервная булимия;
- г) аутизм;
- д) гиперкинетические расстройства.

4. При какой степени умственной отсталости дети могут обучаться в специализированных учебных учреждениях:

- а) легкая;
- б) умеренная;
- в) глубокая;
- г) тяжелая.

5. При каком заболевании для коррекции умственной отсталости назначают гормональную заместительную терапию:

- а) фенилкетонурия;
- б) кретинизм;

- в) болезнь Дауна;
 - г) нервная анорексия;
 - д) аутизм;
 - е) тикозные расстройства;
 - ж) нервная булимия.
6. Какое заболевание характеризуется высоким уровнем летальности:
- а) фенилкетонурия;
 - б) кретинизм;
 - в) болезнь Дауна;
 - г) нервная анорексия;
 - д) аутизм;
 - е) тикозные расстройства;
 - ж) нервная булимия.
7. Неблагоприятный прогноз наблюдается при:
- а) умственная отсталость легкая степень;
 - б) умственная отсталость тяжелая степень;
 - в) фенилкетонурия;
 - г) болезнь Дауна;
 - д) кретинизм;
 - е) гиперкинетические расстройства;
 - ж) детский аутизм;
 - з) тикозные расстройства;
 - и) нервная анорексия.

Тестовый контроль по теме «Детская и подростковая психопатология»

2 вариант

1. Выберите хромосомное заболевание, являющееся причиной умственной отсталости:
- а) кретинизм;
 - б) болезнь Дауна;
 - в) врожденный сифилис;
 - г) фенилкетонурия;
 - д) токсоплазмоз;
 - е) коревая краснуха.
2. Нервная анорексия чаще развивается:
- а) у девочек;
 - б) у мальчиков;
 - в) не зависит от пола.
3. Какое заболевание характеризуют повышенная двигательная активность и отвлекаемость внимания:
- а) нервная анорексия;
 - б) тикозные расстройства;
 - в) нервная булимия;

- г) аутизм;
- д) гиперкинетические расстройства.

4. При какой степени умственной отсталости дети могут освоить навыки самообслуживания:

- а) легкая;
- б) умеренная;
- в) глубокая;
- г) тяжелая.

5. При каком заболевании в комплексной терапии используется метод обучения ребенка общению с домашними животными:

- а) фенилкетонурия;
- б) кретинизм;
- в) болезнь Дауна;
- г) нервная анорексия;
- д) аутизм;
- е) тиковые расстройства;
- ж) нервная булимия.

6. Какое заболевание характеризуется снижением веса на 25-50% от прежней массы тела:

- а) фенилкетонурия;
- б) кретинизм;
- в) болезнь Дауна;
- г) нервная анорексия;
- д) аутизм;
- е) тиковые расстройства;
- ж) нервная булимия.

7. Благоприятный прогноз наблюдается при:

- а) умственная отсталость легкая степень;
- б) умственная отсталость тяжелая степень;
- в) фенилкетонурия;
- г) болезнь Дауна;
- д) кретинизм;
- е) гиперкинетические расстройства;
- ж) детский аутизм;
- з) тиковые расстройства;
- и) нервная анорексия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Основная литература:

1. Психопатология детского возраста: учеб. пособие для студентов / Г. В. Гуровец - М.: Гуманитар. изд. центр Владос, 2008. - 359 с. - (Специальное образование). ISBN 978-5-691-01637-0. Агенство СІР РГБ [Электронный ресурс] - доступ [http:// e.lanbook.com](http://e.lanbook.com).

Дополнительная литература:

1. Анатомия и физиология нервной системы: Слов.-справ. : Учеб. пособие для студентов - М. : Изд-во МПСИ : НПО "МОДЭК", 2003. - 159 с. - (Б-ка студента)

2. Анатомия, физиология, психология человека: крат. иллюстр. словарь - СПб. [и др.] : Питер, 2007. - 255 с. - (Карманный справочник) - Рек. Мин. обр. РФ

3. Астапов, В. М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии : Учеб. пособие / В. М. Астапов. - М. : Междунар. пед. акад., 1994. - 216 с.

4. Бадалян, Л. О. Невропатология [Текст] : Учебник для пед. вузов / Л. О. Бадалян. - 2-е изд., испр. - М. : Академия, 2001. - 381 с. : ил. - (Высшее образование). - Библиогр.: с. 370. - Рек. Мин. обр. РФ.

5. Батуев А. С. Физиология высшей нервной деятельности и сенсорных систем - СПб. [и др.] : Питер, 2005. - 316 с. - (Учебник для вузов) - Рек. УМО.

6. Венар Ч. Психопатология развития детского и подросткового возраста : пер. с англ. / Ч. Венар, П. Кериг. - СПб. : прайм-ЕВРОЗНАК ; , 2007. - 670 с. : ил. - (Психология - лучшее). - Библиогр.: с. 662-670. - ISBN 978-5-93878-512-2.

7. Выготский, Л. С. Основы дефектологии / Л. С. Выготский. - СПб. : Лань, 2003. - 654 с. - Библиогр.: с. 629-631. - ISBN 5-8114-0481-6.

8. Гуровец, Г. В. Психопатология детского возраста [Текст] : учеб. пособие для вузов / Г. В. Гуровец. - М. : ВЛАДОС, 2008. - 359 с. - (Специальное образование). - Библиогр.: с. 358-359. - Доп. Мин. обр. РФ. - ISBN 978-5-691-01637-0.

9. Дефектологический словарь. В 2 т. Т. 1 / под ред. В. Гудониса, Б. П. Пузанова. - М. [и др.] : [Изд-во МПСИ и др.], 2007. - 807 с. - ISBN 978-5-9770-0063-5.

10. Мариллов, В. В. Общая психопатология : учеб. пособие для вузов / В. В. Мариллов. - 2-е изд., стер. - М. : Академия, 2007. - 220 с. - (Высшее профессиональное образование). - Библиогр.: с. 214-218. - Рек. УМО. - ISBN 978-5-7695-3850-6.

11. Настольная книга педагога-дефектолога [Текст] / Т. Б. Епифанцева [и др.]. - 4-е изд. - Ростов н/Д : Феникс, 2008. - 565 с. - (Сердце отдаю детям). - Библиогр.: с. 557-560. - ISBN 978-5-222-13574-7.

12. Неретина, Т. Г. Педагогика развития особых детей : Учеб. пособие для вузов / Т. Г. Неретина ; МаГУ. - Магнитогорск : [б. и.], 2001. - 111 с.

13. Хрестоматия. Дети с нарушениями развития : Учеб. пособие / Сост. В. М. Астапов. - М. : Междунар. пед. акад., 1995. - 264 с.

СПИСОК ТЕРМИНОВ

Абулия (гр. a – нет, bule – воля): отсутствие побуждений, бездеятельность.

Абсанс (лат. absentia – отсутствие): бессудорожный эквивалент эпилептического припадка с секундным отключением сознания и сохранением позы.

Абьюз (англ. abuse – оскорбление): инцестуозное сексуальное или физическое насилие.

Аггравация (лат. aggravare – усиливать тяжесть): сознательное преувеличение симптомов (при симуляции изображают признаки болезни, при диссимуляции их скрывают).

Агрессия (лат. aggressio – нападение): враждебное или оппозиционное поведение или намерение. Агрессия может быть разрушительной по Фрейду (влечение к смерти, Танатос от гр. thanatos – смерть) или конструктивной по Фромму и Аммону, а также направленной на других (гетероагрессия) или на себя (аутоагрессия).

Адекватность (лат. adequatus – вполне соответствующий): соответствие психических проявлений социальным требованиям.

Аддикция (лат. addictus – приговоренный за долги к рабству): зависимость от какого-либо вещества или определенного вида деятельности, неконтролируемое влечение, азартное поведение. Обеспечивает развитие и поддержание интенсивных эмоций, способствующих уходу от реальности.

Ажитация (лат. agitatio – приведение в движение): тревожная гиперактивность.

Акинезия (гр. a – нет, kinesis – движение): обездвиженность.

Акозмы (гр. akusmo – все, что можно слышать): невербальные слуховые обманы.

Акроцианоз (гр. akros – конечный, kianos – лазурный) – синюшность кистей и стоп, зависящая от застоя венозной крови или перенасыщения крови углекислотой.

Алгия (гр. algos – боль): болевое ощущение как соматопсихический симптом. Выделяют **психалгию** (например, депрессивную кардиалгию – «загрудинную тоску», **цефалгию** – головную боль и др.).

Алекситимия (гр. a – нет, lexis – слово, thymos – чувство, настроение): неспособность осознавать, выражать и описывать собственные эмоции, различать чувства и ощущения, проявлять эмпатию.

Алкогольная паранойя – бред ревности с импотенцией и агрессией к жене.

Амбивалентность (лат. ambo – двое, valentis – стоящий): появление в сознании одновременно двух антагонистических чувств и установок, тогда как в норме одно из них вытесняется. В отличие от адекватного противоречивого отношения к несовершенному объекту амбивалентность порождается расщеплением объекта на «хороший» и «плохой» с проекцией на него собственных достоинств и недостатков.

Амбигендентность – одновременное сосуществование взаимно исключаящих побуждений и поступков.

Аменция (гр. a – нет, лат. mens – ум): помрачение сознания с растерянностью, бессвязностью речи, беспорядочным двигательным возбуждением.

Амнезия (гр. mneme – память): утрата памяти на события.

Анальная стадия (лат. anus – задний проход) проходит со второго по третий год жизни, когда доминируют зоны заднего прохода и контроль за деятельностью кишечника начинает приносить удовольствие. Сочетается с аккуратностью, бережливостью и упрямством.

Анамнез (гр. anamnesis – воспоминание): информация о больном (анамнез жизни), развитии у него болезни, ее течения и лечении (анамнез болезни).

Ананкастный (гр. anancastos – принуждение): навязчивый.

Ангедония (гр. an – нет, hedone – наслаждение): неспособность испытывать чувственные удовольствия.

Анозогнозия (гр. nosos – болезнь, gnosis – знание): отсутствие сознания болезни, может быть связано с защитным отрицанием.

Анорексия (гр. orexis аппетит): снижение или отсутствие аппетита.

Антагонистический (гр. antagonizomai – бороться против) бред: убежденность больного, что он находится в центре борьбы между силами добра и зла, враждующих групп людей и т.п.

Апатия (гр. apatheia – бесчувственность): состояние полного безразличия, равнодушия ко всему.

Апраксия (гр. a – нет, praxis - действие): утрата двигательных навыков.

Архетипы (гр. arche – начало): первобытные представления о мужчине и женщине, отце и матери, герое и т.п., проявляющиеся в образах сновидений и фантазий.

Астазия-абазия (гр. stasis – стояние, basis – ход): неспособность прямо стоять и ходить без поддержки, возникающая в связи с психическими нарушениями при полной сохранности двигательных функций.

Астения (гр. asthenia – бессилие, слабость): повышенная утомляемость в сочетании с гиперестезией, вегетативной и эмоциональной лабильностью, расстройствами сна.

Атаксия (гр. taxis – последовательность): нарушение координации произвольных движений.

Аура (лат. aura – дуновение): кратковременный пароксизм перед эпилептическим припадком.

Аутистическое мышление – полный отрыв мышления от реальности.

Аффект (лат. affectus – сильное волнение, страсть): кратковременное состояние эмоционального, вегетативного и речедвигательного возбуждения. В состоянии **патологического аффекта** сознание суживается на травмирующих переживаниях (**сумеречное состояние сознания**), затрудняется произвольное внимание и контроль побуждений, снижается способность адекватно оценивать ситуацию и последствия своего поведения, нарушается поведение и память. После аффективного разряда наступает общая расслабленность, безразличие и нередко глубокий сон; в последующем обнаруживается утрата воспоминания как на сам эпизод нарушенного сознания, так и на непосредственно предшествующие ему события. Обычно патологическому аффекту предшествует длительная травмирующая ситуация, реакция возникает на какую-то «последнюю каплю».

Аффективная лабильность (лат. labilis – неустойчивость): легкая возбудимость и быстротечность аффектов.

Блаженное равнодушие: защитное отрицание нарушения своих психических, двигательных и чувствительных функций, наблюдающееся при диссоциативных расстройствах.

Бордерлайн (англ. borderline – пограничный) – пограничное расстройство личности.

Бредовое расстройство, паранойя (гр. para – вне, noos – рассудок): затяжное психическое расстройство, при котором аффективно заряженный, хорошо систематизированный бред (например, ипохондрический) определяет поведение личности с минимальным ее снижением.

Бредовые идеи: умозаключения, не соответствующие действительности, полностью определяющие отношение к ней и не корригируемые данными логики и опыта.

Брутальность (нем. brutal – грубый, жестокий): грубость, тяжеловесность.

Булимия (гр. bus – бык, limos – голод): компульсивное побуждение к поглощению пищи.

Ваготония: преобладание парасимпатического отдела вегетативной нервной системы над симпатическим. Термин происходит от названия блуждающего нерва – вагуса (лат. vagus – блуждающий), иннервирующего внутренние органы. Ваготония сопровождается гипотонией, урежением пульса, повышенной утомляемостью, сонливостью, «нервными поносами» или спастическими запорами.

Вегетативные функции (лат. vegetativus – растительный): дыхание, кровообращение, пищеварение, выделение, обмен веществ, сон и размножение. Управляются автономной (вегетативной) нервной системой.

Вегетоневроз (вегетососудистая, нейроциркуляторная дистония, неврозы органов) – соматоформная вегетативная дисфункция.

Вербигерация (лат. verbigero – болтать): стереотипное повторение слов или фраз.

Витальность Я (лат. vita – жизнь): сознание психического и телесного единства собственной реальности, разновидность самосознания.

Висцеральный (лат. viscera – внутренности): относящийся к внутренним органам.

Вуайеризм (фр. voir – смотреть): удовлетворение сексуальной потребности путем тайного подглядывания за обнаженными или занимающимися любовью людьми.

Выгода от болезни: бессознательно получаемая польза от болезни. **Первичная выгода** состоит в ослаблении тревоги с помощью бессознательных защитных механизмов, преобразующих психическое напряжение в симптом, в результате чего нежелательные переживания удаляются из сознания. **Вторичная выгода** заключается в возможности избегать неприятных обязанностей и получать определенные льготы.

Вытеснение – защитное удаление из сознания неприемлемого содержания и удерживание его в бессознательном.

Галлюцинация (лат. hallucinor – бредить): обман чувств, при котором образ представления переживается с ощущением объективной реальности.

Галлюциноз – наплыв галлюцинаций при ясном сознании.

Гебефрения (гр. hebe – юность, phren – разум): нелепое манерно-дурашливое поведение на фоне эйфории.

Гебоид – дурашливо-садистическое поведение.

Гиперестезия (гр. hyper – сверх, aesthesis – ощущение): обостренное восприятие обычных раздражителей. При психической гиперестезии повышена эмоциональная возбудимость, ранимость, истощаемость; обычные психические воздействия воспринимаются как травмирующие.

Гиперметаморфоз (лат. metamorphosis – превращение): постоянная отвлекаемость на случайные объекты и явления.

Гипертимия (гр. thymos – чувство): личностная склонность к повышенному настроению.

Гиперфагия (гр. phagos – пожирающий): переедание, обжорство.

Гиперкинезы (гр. kinesis – движение): произвольные движения. Истерические (конверсионные) гиперкинезы отличаются причудливостью при нормальном тоне мышц; они усиливаются при эмоциональном возбуждении и исчезают в покое.

Гипестезия (гр. *hypo* – под, *aesthesia* – ощущение): ослабленное восприятие раздражителей.

Гипомания (гр. *mania* – сумасшествие): легкая степень маниакального состояния с болтливостью, фамильярностью, гиперсексуальностью, расстройством сна.

Гипоталамус: область мозга, регулирующая многие вегетативные функции. Тесно связан с **гипофизом**, управляющим эндокринной системой и таким образом обеспечивает гомеостаз организма. Влияет на аппетит, жажду, сохранение температуры и массы тела, а также цикл сна-бодрствования.

Гипотимия (гр. *thymos* – чувство): стойко пониженная эмоциональная реактивность с уменьшением двигательной и психической активности.

Гипнагогические галлюцинации (гр. *hypnos* – сон, *agogos* – предшествующий; *hallucinatio* – бред): яркие чувственные образы, возникающие при засыпании.

Гистрионный (лат. *histrionis* – паяц): современное обозначение истерических проявлений.

Гнозис (гр. *gnosis* – познание): способность опознавания качеств предметов через органы чувств, а также смысла и символического значения явлений.

Дезориентировка: утрата реалистической оценки места, времени или собственной личности.

Делирий (лат. *delirio* – безумствовать): состояние помраченного сознания с нарушением ориентации в окружающем, обильными галлюцинаторными переживаниями, аффектом страха, бредовыми идеями и двигательным возбуждением.

Делинквентное поведение (лат. *delinquentia* – проступок): мелкие правонарушения у подростков: прогулы занятий, мелкое воровство, мелкое хулиганство, попрошайничество и т.п.

Деменция (лат. *dementia* – безумие, слабоумие): приобретенное слабоумие.

Деперсонализация (лат. *de* – от, *persona* – личность): чувство отчуждения своего психического или физического Я.

Депрессия (лат. *depression* – подавленность): эмоциональная подавленность с торможением мыслей и движений. Термин может употребляться для обозначения симптома, синдрома и болезни.

Дереализация – чувство нереальности происходящего.

Дефензивный (англ. *defence* – защита): оборонительный, избегающий.

Дизартрия (гр. *dys* – нарушение, *arthro* – членораздельное произношение): нарушение координации речедвигательного аппарата.

Дипсомания (гр. *dypsa* – жажда, *mania* – безумие): приступообразно наступающее влечение к алкоголю, ведущее к запою.

Дискинезия (гр. *kinesis* – движение): нарушение моторики.

Дисморфомания (гр. *morphe* – форма): бредовая убежденность в своем уродстве.

Диссоциация (лат. *dissocio* – разделять) – защита от внутреннего конфликта за счет утраты интегративной функции Я с разделением психических функций или личности в целом на отдельные составляющие и их независимым функционированием, при этом сохраняется контакт с реальностью, достаточный для обеспечения безопасности пациента. К диссоциативным относят истерические психозы, деперсонализацию-дереализацию, множественную личность, конверсионные расстройства движений и ощущений и соматоформные расстройства.

Дистимия (гр. *thymos* настроение, чувство) хроническая депрессия непсихотического уровня (невротическая депрессия отечественных авторов).

Дисфория (гр. phero – переношу): взрывоопасное состояние мрачной жесточенности.

Дромомания (гр. dromos – бег, mania – безумие): импульсивные побеги.

Защиты психологические – бессознательные механизмы психики, помогающие избегать тревоги и таким образом сохранять чувство собственной ценности перед лицом угрозы.

Злоупотребление ПАВ – ранняя форма зависимости, когда повторный прием ПАВ приводит к явным проблемам в семье, в учебе или работе, к ситуациям физической опасности для жизни и конфликтам с законом.

Идентификация – защитное отождествление собственных психических качеств с таковыми у значимого другого. Например, идентификация с агрессором для защиты от своего страха перед ним.

Иллюзия (лат. illusio - ошибка): ошибочное восприятие объекта. **Аффективные иллюзии** возникают под влиянием страха или тревожного ожидания; из них выделяют **вербальные иллюзии**, например, ослышки.

Импульсивное действие: совершается внезапно, необдуманно, без борьбы мотивов.

Интернист (лат. internus – внутренний): врач по внутренним болезням.

Индукцированное помешательство – бредовое расстройство под влиянием психической болезни значимого другого.

Инкогеренция (лат. in – нет, соhaere – связывать): бессвязность мышления, нарушение смысла и грамматического строя речи.

Интеллектуализация – замена тревожного содержания переживания абстрактно-логическим.

Интерметаморфоз (лат. inter – среди, metamorphosis – превращение): образный бред с убежденностью в полном изменении окружающей обстановки с превращением предметов и перевоплощением людей.

Интровертированность (лат. intro – внутрь, vertere – поворот): замыкание в себе, фиксация на собственном внутреннем мире, зависимость от внутренних впечатлений.

Интроекция (лат. jacio – бросать): отождествление себя с образом другого человека, замена отношений с ним отношениями с его представлением – интроектом. Благодаря интроекции личность тотально и безраздельно контролирует избранный объект в своем внутреннем мире.

Интроспекция (лат. specto – смотреть): наблюдение за состоянием собственного сознания.

Ипохондрия (гр. hypochondrion – область под хрящевыми ребрами): подозрение, что обычные физиологические проявления или их незначительные расстройства свидетельствуют о серьезной болезни. Может преобладать чувственный компонент (сенестопатически-ипохондрический синдром) или идеаторный. Сверхценные ипохондрические идеи поддаются психологической коррекции, особенно при сочетании с нозофобиями, бредовые – нет.

Иррациональный (лат. irrationalis – нелогичный): противоречащий логике.

Истерия (гр. hystera – матка): устаревшее наименование психогенных и личностных расстройств, описанных прежде всего у женщин и связывавшихся с сексуальной фрустрацией. Основные психологические защиты – вытеснение, диссоциация, конверсия. Характерно получение первичной и вторичной выгоды.

Каталепсия (гр. kata – вниз, lambano – схватывать) – «восковая гибкость», застывание в приданной позе.

Катамнез (гр. mnesis - память): информация о жизни и здоровье бывшего пациента.

Катаплексия (гр. kataplexis – поражение): временная обездвиженность, вызванная аффектом.

Кататимный бред (гр. katathumeo – унывать): обусловленный аффектом.

Кататония (гр. katatenio – напрягать): тугоподвижность мышц, неподвижность, стереотипное или импульсивное возбуждение при шизофрении.

Клонические судороги (гр. cloneo – трясти): быстро следующие один за другим короткие, ритмичные произвольные подергивания мышцы или группы мышц. **Функциональный клонус** легко вызывается при исследовании сухожильных рефлексов, проявляется с обеих сторон, отличается аритмичностью и колебаниями амплитуды движений, исчезает при отвлечении внимания больного.

Когнитивный (лат. cognitus – познавать) – познавательный. Когнитивная сфера включает понятия, интеллектуальные представления. Когнитивная психотерапия направлена на исправление неверных мыслей.

Компартментализация (лат. com – вместе, pars – часть, mens –мысль): разноплановость мышления с наличием двух и более взаимоисключающих идей.

Комплекс (лат. complexus – соединение): противоречивое эмоциональное содержание, вытесненное в результате психотравмы и лежащее в основе невроза.

Компульсия (лат. compello – принуждаю) – навязчивое побуждение к действию, вопреки своему разуму, чувствам и воле.

Конверсионные расстройства (лат. conversio – превращение): диссоциативные расстройства движений и ощущений, псевдоневрологические нарушения двигательных или чувствительных функций; проявляются в виде истерических парезов и параличей, судорог, анестезии, слепоты, глухоты и т.д. Симптомы символически отражают бессознательный психический конфликт, который вытесняется из сознания за счет перемещения психического напряжения в телесную организацию человека.

Конкордантность (лат. concordare – быть согласным): выявление одинаковых признаков у близнецов.

Контрперенос, контртрансфер (лат. contra – против, transfere – переносить): перенос на пациента чувств, испытываемых аналитиком к другому человеку.

Конфабуляция (лат. confabulor – болтать): ложное воспоминание не имевших место событий.

Контрфобия (лат. contra – против; phobos – страх) – получение удовольствия от опасной деятельности. Невыносимый страх перед этой опасностью удается блокировать с помощью защитной эйфории от переживания своего бесстрашия, обеспеченной выбросом эндорфина.

Копролалия (лат. copros – испражнения, lalia – речь): импульсивное произнесение бранных слов.

Корсаковский синдром – амнестическое расстройство на фоне эйфории, описанное С.С. Корсаковым.

Ларвированное (лат. larva – маска, личинка): маскированное, скрытое, латентное расстройство.

Либи́до (лат. libido – вожделение): половое влечение, в психоанализе – влечение к жизни.

Логорея (гр. logos – речь, rhoia – вытекание): неконтролируемое речедвигательное возбуждение.

Магическое мышление: убежденность в материальной силе мыслей и слов.

Мазохизм – удовлетворение от собственной боли, по имени описавшего это расстройство писателя Мазоха.

Мания (гр. mania – сумасшествие): старое название повышенной активности, вызванной патологическим влечением, бредовыми идеями, аффектом, сверхценными увлечениями. Употребляется в следующих случаях: 1) **наркомании** и токсикомнии; 2) **бредовое расстройство** (например, дисморфомания – бред уродливой внешности); непрофессионалы говорят о мании преследования или величия; 3) **маниакальный эпизод** (веселая или гневливая мания); **маниакально-депрессивный психоз** – биполярное аффективное расстройство; 4) **нимфомания** – повышенное половое влечение у женщин; 5) **расстройства влечений** (игромания, клептомания, трихотилломания – компульсивное вырывание волос). В быту маньяками называют больных **сексуальным садизмом**, а также людей со **сверхценными увлечениями** (например, графоман, меломан).

Мегаломания (гр. megale – увеличенный): бред величия, достигающий до грандиозных размеров.

Ментизм (лат. mens – мысль): неконтролируемый (в отличие от навязчивых мыслей) наплыв бессвязных мыслей или воспоминаний.

Метаморфопсия (гр. meta – после, morphe – форма, orsis – зрение): искажение величины или формы предметов.

Минимальная мозговая дисфункция у детей проявляется в плохой обучаемости и гиперактивности. См. *синдром дефицита удовольствия*.

МКБ-10 – Международная Классификация Болезней 10-го пересмотра, действующая в России классификация, в которой психические расстройства включают как нозологии (болезни), так и синдромы (комплексы симптомов).

Мотивация (англ. motiv – побуждение): фактор, побуждающий к определенной деятельности. Мотивационная сфера обеспечивает направленность личности: ее интересы, склонности, мировоззрение, жизненные цели.

Мутизм (лат. mutus – немой): отсутствие речевого общения при сохранности речевого аппарата.

Навязчивости – обсессии, фобии, а также влечения и действия, имеющие характер произвольности и непреодолимости и сознанием их болезненности.

Нарколепсия (гр. narcoo – усыплять, lepsis – приступ): гиперсомния с катаплексией, гипнагогическими галлюцинациями, утренним параличом и дневной сонливостью.

Невроз характера: в психоанализе – невроз, при котором в качестве симптомов выступают черты характера; соответствует расстройству личности. Трактуются как результат сублимации или вытеснения сексуальных компонентов психики, образовавшихся в раннем детстве.

Невропатия (гр. pathos – страдание): конституциональная нервность, включающая повышенную нервную возбудимость и истощаемость, вегетативную лабильность, тревожную мнительность, интровертированность, неуверенность в себе и ипохондричность.

Невротические реакции стереотипно возникают в конфликтных ситуациях, ключевых для данной личности. Отличаются от обычных неадекватностью стимулу как по силе, так и по содержанию; проявляются главным образом вегетативными и соматическими расстройствами; их содержание критически оценивается пациентом.

Невротическое развитие личности возникает на фоне затяжного невроза, когда невротическое поведение становится эгосинтонным.

Негативизм (лат. nego – отрицать): отрицающее поведение и бессмысленное сопротивление каждому внешнему воздействию.

Нейромедиаторы, нейротрансмиссеры (лат. mediator – посредник, transmissio – передача): вырабатываемые головным мозгом вещества, передающие нервные импульсы с одной клетки мозга на другую.

Неконгруэнтность (лат. congruens – совпадающий): рассогласованность частей личности.

Нозологии (гр. nosos – болезнь): определенные болезни, выделенные с учетом происхождения, течения и исхода. Выделяют психогенные, эндогенные (маниакально-депрессивный психоз и шизофрения), экзогенно-органические и соматогенные психические болезни.

Нозофобия (гр. nosos – болезнь, phobos – страх) – навязчивый страх заболеть определенной опасной болезнью (сердечной, инфекционной и т.д.). Может сочетаться с ипохондрией.

Обсессии (лат. obsessio – осада) – навязчивые мысли, сомнения, воспоминания с оттенком произвольности и нежелательности.

Оглушенность: помрачение сознания с вялостью, неполной ориентировкой в окружающем, иллюзиями.

Одержимость: убежденность в нежелательном нахождении во власти другого лица, якобы наделенного магической силой.

Онейроид (гр. oneiros – сон, eides – подобный): сновидное помрачение сознания с дезориентировкой, наплывом иллюзий и псевдогаллюцинаций фантастического содержания.

Онихофагия (гр. onyx – ноготь, phagos – пожирающий): навязчивое обгрызание ногтей.

Оно: часть психики, в которой сосредоточены инстинкты, влечения и импульсы.

Оральная стадия (лат. or – рот): первая фаза психосексуального развития, когда эrogenная зона грудного ребенка сосредоточена вокруг рта. Связана с параноидно-шизоидной и депрессивной позицией.

Органический уровень психопатологии включает нарушения сознания, памяти и интеллекта. На этом уровне протекают экзогенные (органические и соматогенные) психозы.

Отмена (случившегося) – символическое уничтожение уже сделанного. Например, проигравший деньги друга навязчиво высказывает свое сожаление по этому поводу, чтобы защититься от обвинений Суперэго в чувстве зависти к другу.

Отреагирование: импульсивный прорыв бессознательного конфликта в поведение без учета негативных последствий. В терапии – эмоциональная разрядка и освобождение от аффекта, связанного с воспоминанием о травмирующем событии.

Отрицание – игнорирование важных реальностей, например, наличия аддикции и ее опасности. К отрицанию прибегает расщепленное сознание, чтобы сохранить контроль над внутренним и внешним миром.

ПАВ – психоактивное вещество, оказывающее наркотическое воздействие на организм. К ПАВ относятся наркотики и официально не причисленные к наркотикам вещества: алкоголь, никотин, кофеин, ряд средств лекарственной и бытовой химии.

Параноид (гр. para – рядом, noos – разум, eides – подобный): систематизированный (первичный) бред на фоне псевдогаллюцинаций и других явлений психического автоматизма.

Параноидно-шизоидная позиция: страх и недоверие младенца к материнской груди. Связана с врожденной завистью младенца к груди и необходимостью использовать ее для проекции собственного инстинкта смерти. Человек останавливается на этой позиции, когда плохая мать интроецируется и образует ядро Суперэго.

Паранойя (гр. *paranoia* – безумие): первичный (интерпретативный) бред, определяющий поведение.

Паранойяльная ипохондрия: хроническое бредовое расстройство, в основе которого обычно лежат незначительные соматические симптомы или физические недостатки. Часто сопровождается **сутяжным (кверулянтским)** от лат. *querulus* – жалобщик) поведением в форме судебного преследования врачей.

Паранойяльность – недоверчивость, подозрительность со склонностью к образованию сверхценных и бредовых идей преследования. Может проявляться как паранойяльная ипохондрия с судебным преследованием врачей.

Парасимпатическая нервная система (гр. гр. *para* – рядом, *sympatheia* – сострадание, расположение): часть вегетативной нервной системы, обеспечивающая расслабление, сон, усвоение пищи. При ее преобладании над симпатической частью нервной системы развивается ваготония.

Паратимия – аффект, качественно и количественно неадекватный поводу.

Парафрения – нелепый бред с явлениями психического автоматизма, фантастическими конфабуляциями и эйфорией.

Парез (гр. *paresis* - ослабление): уменьшение силы или амплитуды активных движений в связи с нарушением иннервации соответствующих мышц.

Парейдолия (гр. *para* – около, *eidolon* – изображение): иллюзия фантастического содержания.

Парестезии (гр. *aisthesis* – ощущение): неприятные элементарные тактильные ощущения в форме ползания мурашек, покалывания, жжения или онемения при отсутствии органических причин.

Парциальный (лат. *partialis* – частичный): не полностью пораженный.

Патогенез (гр. *pathos* – страдание, *genesis* – происхождение): представления о причинах развития и механизмах течения болезни.

Парасимпатическая нервная система (гр. *para* – рядом, *sympatheia* – сострадание, расположение) – часть вегетативной нервной системы, обеспечивающая расслабление, сон, усвоение пищи. При ее преобладании над симпатической частью нервной системы развивается ваготония.

Патологические влечения – расстройство контроля над побуждениями, выражающееся в неспособности противостоять импульсивно возникающим желаниям совершать опасные для себя или окружающих действия. При удовлетворении этих желаний (к воровству, поджогу, агрессии и т.д.) возникает чувство удовольствия.

Перверсии (лат. *perversio* – извращение), **парафилии** (гр. *para* – около, *phileo* - любить), **расстройства сексуального предпочтения** – недифференцированное инфантильное сексуальное поведение. Включает фетишизм, фетишистский транссексуализм, эксгибиционизм, вуайеризм, педофилию, садомазохизм и др.

Перенос: перемещение чувств, испытываемых к значимой фигуре, на другого человека и их отреагирование.

Переходные объекты: предметы или деятельность, которая символизируют для ребенка отсутствующую мать, пока он еще не способен интроецировать материнскую фигуру и быть себе хорошей матерью.

Персеверация (лат. *persevere* – упорствовать): стереотипное повторение высказывания.

Персекуторный бред (лат. *persecution* – преследование): неадекватное толкование происходящего как враждебного.

Перинатальный (англ. perinatal): охватывающий период за несколько недель до и после родов.

Перфекционизм (лат. perfectum – совершенное): сверхценное влечение к совершенству.

Пикнолепсия (гр. ryknos – частый, lepsis – приступ): многократно повторяющиеся припадки с мгновенной потерей сознания, застыванием, запрокидыванием головы и закатыванием глаз, частым миганием, бледностью и слюнотечением.

Пограничное расстройство личности: отличается нестабильностью аффекта, отношений и самооценки. Характерная защита – расщепление.

Пограничные нервно-психические расстройства включают состояния, находящиеся между психическим здоровьем и душевной болезнью: неврозы, кризисные состояния и личностные расстройства. Они входят в компетенцию так называемой **малой психиатрии** – основной сферы деятельности психотерапевта.

Помрачение сознания – ухудшение ориентировки, восприятия и внимания.

Праксис (гр. praxis – действие): способность выполнять в правильной последовательности заученные действия.

Прекрасное (блаженное) равнодушие: неадекватное безразличие больного к своим конверсионным расстройствам.

Преморбид (лат. prae – перед, morbus – болезнь): состояние до болезни.

Преневротические состояния проявляются в форме кратковременных психических симптомов, таких, как тревожность, обидчивость, плаксивость, демонстративное поведение, эмоциональная лабильность с быстрым и избыточным возбуждением, неустойчивость и истощаемость.

Примитивная идеализация объекта зависимости заключается в том, что он занимает центральное место в жизни аддикта.

Принцип удовольствия – неудовольствия: первичная мотивация поведения, ориентирующаяся на получение удовольствия и избегание неудовольствия.

Принцип реальности: зрелая мотивация поведения, учитывающая требования реальности. Включает произвольное внимание, тестирование реальности, память, суждения, контроль над импульсами, способность к длительному волевому напряжению.

Продром (гр. prodrom – бегущий впереди): предвестник, начало болезни.

Проекция – защитное приписывание другому собственных неприемлемых мыслей, чувств и мотивов.

Проективная идентификация – проекция на объект зависимости своих психических качеств для идентификации с ним. В результате возникает чувство обретения власти и контроля над объектом.

Псевдогаллюцинации (гр. pseudos – ложный, лат. hallucinatory – бредить): обманы чувств, не проецируемые в объективное пространство и отличимые от реальных объектов. Часто сочетаются с психическим автоматизмом.

Псевдодеменция (лат. de – снижение, утрата, mens – ум), **синдром Ганзера:** сумеречное (диссоциативное) помрачения сознания с демонстрацией утраты элементарных знаний и навыков, дурашливостью и инфантильностью поведения.

Псевдонезависимость – демонстрация независимости от объектов аддикции.

Психалгия (гр. psyche – душа, algos – боль): душевная боль, в соматизированной форме часто локализуется за грудиной или под ложечкой.

Психастения (гр. asthenia – бессилие, слабость): ананкастное, обсессивно-компульсивное, тревожно-мнительное расстройство личности.

Психическая анестезия (гр. an – нет, aesthesis – чувствительность): мучительное переживание утраты способности к эмоциональным реакциям.

Психический автоматизм: переживание отчужденности своих психических актов (мыслей, чувств, ощущений, побуждений и действий). В рамках параноидного синдрома сопровождается чувством сделанности и бредом воздействия.

Психогении (гр. genesis – происхождение): психические расстройства (неврозы и реактивные состояния), соответствующие триаде Ясперса: 1) психогенное расстройство возникает вслед за психотравмой; 2) содержание переживаний отражает ее; 3) дезактуализация травмы ведет к ослаблению или прекращению расстройства.

Психодинамика (гр. dynamos – сила) учитывает взаимодействие побудительных сил личности, таких, как неосознанные мотивации, внутренние конфликты, беспокойство и психологические защиты.

Психоневроз: по Дюбуа – невроз, обусловленный чисто психогенными причинами, по Фрейду – невроз, обусловленный «прошлой» жизнью (см. трансферентные неврозы). Современные психиатры используют этот термин для противопоставления общих неврозов неврозам органов (соматоформным расстройствам).

Психоорганический синдром: включает в себя эмоциональную лабильность, неустойчивость аффектов, слабодушие, расстройства внимания, нарушение запоминания, ослабление способности умственного напряжения, снижение интеллектуальной активности, сужение круга интересов.

Психосенсорные расстройства (лат. sensus – ощущение): нарушается восприятие схемы тела (например, удлиняются конечности), искажается восприятие величины, формы или отдельных деталей объектов, изменяется расстояние до предмета, возникает чувство присутствия кого-то постороннего. У больных всегда сохраняется критическое отношение к психосенсорным расстройствам, они чужды личности и субъективно крайне неприятны.

Психосоматическое расстройство (гр. soma – тело): психогенное нарушение вегетативных функций.

Психосоматические болезни: гипертоническая болезнь, мигрень, коронарная (ишемическая) болезнь, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и кишечника, ревматоидный артрит, гипертиреоз (диффузный токсический зоб), нейродермит.

Психотический уровень расстройства характеризуется утратой чувства реальности, бредом и галлюцинациями.

Пубертат (лат. pubertas – половая зрелость): возраст от 12 до 14 лет у девочек и от 14 до 16 лет у мальчиков. На возраст 12-15 лет приходится подростковый криз, сопровождающийся аффективной лабильностью и повышенной конфликтностью.

Раптус (лат. raptus – захватывать, резко двигаться) – резкая смена неподвижности неистовым возбуждением с витальной тревогой, растерянностью, предчувствием надвигающейся катастрофы, отчаянием, суицидальными попытками.

Расстройство множественной личности (диссоциативное расстройство идентификации): характерно внезапное переключение между различными субличностями, которые воспринимаются как цельная личность, с амнезией эпизода диссоциации.

Расщепление, сплиттинг (англ. splitting) – неспособность соединять хорошие и плохие качества в целостный образ; при этом один и тот же объект то идеализируют, то обесценивают и ненавидят.

Рационализация (лат. rationalitas – разумность): сознательное обоснование своего поведения приемлемыми мотивами вместо скрытых неприемлемых.

Реактивное образование – замена неприемлемых мыслей и чувств на диаметрально противоположные.

Реактивный психоз: преходящая психотическая реакция на травмирующую ситуацию. К реактивным психозам относятся **реактивный паранойд, реактивная депрессия и диссоциативные (истерические) психозы.**

Регрессия (лат. *regredere* – возвращение назад): защитный переход на инфантильный уровень реагирования.

Резидуальный бред (лат. *residualis* – остаточный): оставшийся по выходе из психоза.

Ремиссия (лат. *remissio* – ослабление): временное ослабление или остановка болезненного процесса.

Рентный невроз (фр. *rende* – давать доход): невроз, возникающий в связи с обстоятельствами, позволяющими пострадавшему добиваться денежной или иной компенсации.

Ригидность (лат. *rigidus* – жесткий): недостаточная подвижность, плохая податливость воздействию.

Ритуалы: защитные (символические, магические) компульсивные действия, ослабляющие напряжение и тревогу при фобиях.

Садизм – удовлетворение от чужой боли, по имени описавшего это расстройство писателя де Сада.

Самость (англ. *self*): целостное представление о своей психофизической и личностной индивидуальности. Развивается на основе комплекса ощущений, эмоций и мыслей, возникающих в процессе взаимодействия с внешними объектами и самим собой.

Сверхценная идея: эгосинтонная идея, неадекватно доминирующая в сознании и определяющая деятельность человека. Базируется на реальной ситуации (например, дисморфофобическая, ипохондрическая идея, идея сексуальной неполноценности, необходимости физического и психического самоусовершенствования). Может приводить к социальной дезадаптации, но в отличие от бредовых идей поддается коррекции.

Сверхценное увлечение: в отличие от обычного является усиленным до гротеска отношением к объекту или виду деятельности, характеризуется глубокой и длительной сосредоточенностью на объекте увлечения; пристрастным, эмоционально насыщенным отношением к объекту увлечения; утратой контроля за временем, затрачиваемым на увлечение; игнорированием любой иной деятельности или увлечения.

Свободные ассоциации: течение мыслей, не связанных по содержанию и нелогичных по своей последовательности.

Сенестезии (лат. *se* – отделение, *aisthesis* – ощущение): расстройство общего чувства тела с неожиданной физической слабостью, покачиванием и неуверенностью при ходьбе, тяжестью или легкостью и пустотой в теле; наблюдаются при шизофрении.

Сенестопатии (лат. *sensus* – ощущение, гр. *pathos* – страдание): необычные мучительные ощущения (жжения, переливания, разбухания и т.п.) без объективно определяемых причин, которые трудно поддаются описанию, изменчивы и не имеют определенной локализации.

Сенситивность: обостренная чувствительность, ранимость с неуверенностью в себе и склонностью к самоанализу.

Сенсомоторные расстройства (лат. *moito* – движение): повышение чувствительности к различным внешним раздражителям и ощущениях со стороны внутренних органов и мышц. Гиперестезия сочетается с ощущением шума в ушах, пульсации в голове и грудной клетке, усиленной перистальтики кишечника, а также с дискомфортными ощущениями в мышцах и суставах, заставляющих постоянно менять позу.

Серотонин: эйфоризирующий нейромедиатор, при его дефиците развиваются депрессивные и обсессивные расстройства. Избыток серотонина может вызвать головные боли, мигрень и тошноту.

Сибсы (англ. sibs – брат или сестра): родные братья и сестры; термин применяется в психиатрической генетике и для обозначения сиблингова конфликта в борьбе за внимание родителей.

Симпатическая нервная система (гр. sympathēia – сострадание, расположение) обеспечивает мобилизацию организма, активизирует обмен веществ, увеличивает содержание адреналина в крови. Ее преобладание (симпатикотония) проявляется в повышенной возбудимости, гипертонии, тахикардии, гипервентиляции, потливости, треморе.

Симптом (гр. symptoma – совпадение): формализованный признак расстройства. Позитивные симптомы обозначают признаки психопатологической продукции: фобия, навязчивая идея, заикание и т.д. Негативные симптомы включают признаки выпадения, недостаточности какой-либо психической функции: астения, апатия, амнезия и т.д.

Синдром (гр. syndrome – стечение): ряд закономерно сочетающихся друг с другом симптомов. Психопатологические синдромы образуют такие группы, как невротические, соматоформные, личностные, аддиктивные, аффективные, галлюцинаторно-бредовые и т.д.

Синдром дефицита удовольствия проявляется в постоянном чувстве скуки; источником «острых ощущений» для ребенка с этим синдромом становится гиперактивность, непослушание, лживость и агрессивность.

Синестезия (гр. syn – с, aisthesis – ощущение): ощущение в одном органе чувств при раздражении другого: краски звучат, звуки окрашены и т.п.

Слабодушие: резко выраженная эмоциональная лабильность с неспособностью сдерживать внешние проявления эмоциональных реакций, напр., сентиментальная слезливость.

Созависимость – вариант аддикции отношений, при котором отношения с другим человеком используются в качестве объекта аддикции.

Соматический (гр. soma – тело) – телесный, в противоположность психическому.

Соматоформный – сходный с проявлениями соматической патологии, которая исключается при обследовании.

Стигматизация (гр. stigma – клеймо): отвергающее отношение общества к душевно больному, порождающее у него стремление скрыть свое расстройство и оставляющее его без необходимой помощи.

Страсть: сверхценное влечение, которое настойчиво требует реализации в поведении. Не довольствуется кратковременной разрядкой, а держит человека в постоянном напряжении, подчиняя остальные его потребности и целиком поглощая его личность. Страсть сосредоточена на строго определенном объекте или деятельности, которые определяются особенностями личности человека.

Страх – острая физиологическая и эмоциональная реакция на непосредственную угрозу благополучию человека.

Ступор (лат. stupor – оцепенение): состояние обездвиженности и отсутствия реакций.

Субдепрессия (лат. sub – ниже): непсихотическая, малая депрессия, без бреда и галлюцинаций.

Сублимация (лат. limen – порог): преобразование неприемлемых побуждений в социально одобряемые, напр., творческий запой.

Субфебрилитет (лат. febris – лихорадка): температура тела от 37о до 38о.

Сумеречное помрачение сознания: приступ «концентрического» сужения сознания с глубокой дезориентировкой во внешнем и внутреннем мире, сужением внимания на узком круге реальных объектов, двигательными автоматизмами и последующей амнезией. Может сопровождаться неукротимой яростью, направленной на узкий круг лиц, галлюцинаторно-бредовым возбуждением и бессвязной речью. В отличие от спонтанно возникающего расстройства, известного как **амок**, бывает спровоцировано конфликтом (см. аффект патологический).

Суперэго (лат. super – над, ego – я): часть психического аппарата, внутренний судья, воплощающая социальные требования в виде совести, в которой находятся инфантильные интродекты, требующие подражания идеалам и угрожающие наказанием за их предательство.

Схизис (гр. schizo – раздроблять): фрагментация Я, приводящая к дезинтеграции личности и сосуществованию разнонаправленных тенденций во всех сферах психики.

Танатос (гр. thanatos – смерть): инстинктивное стремление к разрушению и саморазрушению.

Тахикардия (гр. tachys – скорый, kardia – сердце): учащение сокращений сердца.

Темперамент (лат. temperamentum – соотношение): совокупность конституциональных психофизических особенностей индивида.

Тестирование реальности: способность различать образы восприятия и представления, т.е. объективную реальность и воображение.

Токсикомания (гр. toxicon – яд, mania – страстное влечение): зависимость от ПАВ, официально не отнесенных к наркотикам.

Токсические эмоции – негативные эмоции, ставшие объектами эмоциональной зависимости: тревога за зависимого, жалость к нему, периодическое появление стыда, вины, обиды, ненависти.

Толерантность (лат. tolerantia – терпение): максимально переносимая доза ПАВ с сохранением функционирования. Поведенческая толерантность проявляется в способности контролировать внешние признаки опьянения. Функциональная толерантность отражает биохимические нарушения и заключается в необходимости со временем повышать дозу ПАВ для достижения того же состояния опьянения.

Тоническая судорога (гр. tonos – напряжение): продолжительный спазм мускулатуры, наблюдается в начале большого эпилептического припадка.

Тотемический объект (индейское тотем – предмет религиозного почитания): объект, наделяемый магической силой. Таким объектом может служить лекарство, врач или различные процедуры.

Транс (лат. trans – за, через): диссоциированное состояние с утратой аутоидентичности и сужением сознания на объекте, который определяет поведение при наведенном трансе.

Трансвестизм (гр. vestis – одежда): потребность носить одежду другого пола.

Транссексуализм – расстройство половой идентификации с устойчивым желанием изменить свою половую принадлежность.

Трансфер (лат. transfere – переносить): в психоанализе – перенос.

Трансферентные неврозы по Фрейду обусловлены детскими конфликтами больного, которые оживают в травмирующей ситуации, как бы переносятся в нее (синоним – психоневрозы).

Тревога – психофизиологическое состояние в ожидании неопределенной опасности. Проявляется физиологическими симптомами (например, напряженность, пот и учащение пульса), сомнениями относительно степени и характера угрозы и неуверенностью в возможности справиться с ней. Интенсивное, хроническое или повторяющееся

беспокойство, не оправданное реальными жизненными стрессами, считается признаком невроза.

Триангуляция (лат. triangulum – треугольник) легко возникает у незрелых личностей, которые при возникновении конфликта пытаются привлечь третье лицо (например, врача) для поддержки или разрядки напряжения. Третьим объектом может быть и какая-то аддиктивная деятельность, например, ипохондрия здоровья.

Фаллос (гр. phallos – напряженный мужской половой орган): половой член в эрекции, символ мужской силы и превосходства.

Фаллическая стадия: перемещение доминирующей эрогенной зоны с ануса на гениталии в 3-4 года.

Фетишизм (фр. fetiche – идол): защитное смещение либидо на предмет, ассоциирующийся с женским телом или его частью.

Физическая зависимость – компульсивное влечение к опьянению со способностью к физическому комфорту в опьянении и формированием абстинентного синдрома.

Флешбек (англ. flash – вспышка, back – назад): кинематографический термин, означающий ретроспективную сцену, стоп-кадр. Используется для обозначения наблюдающихся при посттравматическом стрессовом расстройстве навязчивых образных воспоминаний психотравмы и повторяющихся кошмарных сновидений, воспроизводящих ее.

Фобия (гр. phobos – страх): необоснованный страх перед определенными объектами, ситуациями или действиями, воспринимаемый как чуждый личности. Обычно сопровождается вегетативными проявлениями. Может сочетаться с obsессиями.

Фотопсии (гр. photos – свет, opsis – зрение): элементарные зрительные галлюцинации (светящиеся точки, пятна, зигзаги и т.п.).

Фрустрация (лат. frustration – напрасное ожидание): психологическое напряжение, обида, разочарование, угнетенность, переживаемые при крушении надежд, невозможности удовлетворить важную потребность и т.п.

Центр удовольствия – участок головного мозга, стимуляция которого вызывает *эйфорию*, по интенсивности близкую к оргазму.

Цианоз (гр. kianos – лазурный): синюшность кожи и слизистых, зависящая от застоя венозной крови или перенасыщения крови углекислотой.

Циклотимия (гр. kyklos – круг, thymos – чувство): биполярное аффективное расстройство, протекающее на непсихотическом уровне (гипоманий и субдепрессий). Циклотимическому характеру присуща частая смена повышенного и пониженного настроения.

ЦНС, центральная нервная система: головной и спинной мозг, в отличие от периферической нервной системы (черепно-мозговые, спинномозговые и другие нервы, а также нервные сплетения). Кора головного мозга обеспечивает высшую регуляцию памяти, воображения, речи и целенаправленного поведения. Подкорковые структуры организуют эмоциональные реакции (лимбическая система), сексуальное влечение, чувство голода и жажды (гипоталамус), регулируют эндокринную деятельность (гипофиз). Ствол мозга содержит жизненно важные центры сознания и дыхания. В спинном мозгу находятся рефлекторные центры мускулатуры шеи, конечностей, туловища, внутренних органов и гениталий.

Шизотимический характер отличается замкнутостью, отстраненностью, ранимостью.

Шизотипическое (гр. schiso – раскалываю, дроблю) расстройство – вялотекущая, малопрогрессирующая, неврозоподобная шизофрения.

Шперрунг (нем. Sperrung – блокада): обрыв мышления.

Шизоид (гр. eides – подобный): личность с преобладающим символическим мышлением, эмоциональной отчужденностью и ранимостью.

Эго (лат. ego – я): психическая инстанция, примиряющая требования реальности и собственные потребности индивида.

Эгодистонное (гр. dystonia - несогласованность): побуждение, отвергаемое личностью как нежелательное.

Эгосинтонное (гр. syntonia – созвучие): созвучное личности побуждение.

Эдипов комплекс (конфликт) связан с мифологическим Эдипом, который по незнанию убил отца и женился на матери. Женский эквивалент – комплекс Электры, отомстившей своей матери за убийство отца. Эдипов конфликт развивается в фаллической стадии и включает желание обладать родителем противоположного пола и победить соперничающего родителя своего пола.

Эйфория (гр. eu – хорошо, phora – порыв): неадекватно веселое, благодушное настроение со снижением критического отношения к своему состоянию.

Экзогенный (гр. exo – вне, genesis – происхождение): обусловленный внешними причинами, в психиатрии – по отношению к психической сфере, т.е. инфекциями, интоксикациями, травмами черепа и соматическими заболеваниями.

Эксплозивный (лат. explode - взорваться): взрывчатый, вспыльчивый.

Экстравертированность (лат. extra – наружу, verito – поворот): направленность интересов и деятельности вовне, зависимость от внешних впечатлений.

Эмоция (лат. emotio – чувство): психофизическая, целостная реакция личности на вызывающее событие.

Эмоциональная зависимость – чрезмерная фиксация на определенных видах деятельности, проявляется, в частности, азартным поведением.

Эмоциональная лабильность (labilis – неустойчивость): изменчивость и поверхностность эмоциональных реакций с недостаточным контролем над ними (например, легкость переходов от веселости к слезам и наоборот).

Эмпатия (гр. em – в, pathia – чувственность): понимание внутренних координат другого, сопереживание.

Эндогенный (гр. endon – внутри, genes – порождающий): психотическое расстройство внутреннего происхождения (эндогенная депрессия и шизофрения) в отличие от экзогенных и реактивных психозов.

Эндокринная система (гр. krino – выделять): система желез внутренней секреции, участвующая в регуляции физиологических функций.

Эндоморфин, эндорфин: «внутренний морфий», нейромедиатор, воздействующий на опиатные рецепторы, расположенные на поверхности нервных клеток головного мозга. Выработку эндоморфина стимулирует как пребывание наедине с любимым человеком, так и страх смерти («юмор висельника»).

Энцефалопатия (гр. enkephalos – мозг, pathos – страдание): органическое поражение головного мозга с необратимыми психическими нарушениями (астеническими, аффективными, личностными, мнестико-интеллектуальными).

Эпилепсия (гр. epilepsies – внезапный приступ): группа расстройств, объединенных наличием повторяющихся приступов потери сознания.

Эрос (Eros – древнегреческий бог любви): инстинктивное влечение к жизни, в основе которого по Фрейдю лежит сексуальность.

Этиология (гр. aitia – причина, logos – учение): представление о причине заболевания.

Эхолалия (гр. echo – отзвук, laleo – говорить): непроизвольное повторение чужой речи при кататонии.

Эхопраксия (гр. praxis – действие): непроизвольное повторение чужих действий.

Яктация (лат. jacto – бросать туда-сюда): стереотипное двигательное возбуждение в пределах постели.

Ятрогения (гр. iatros – врач, genes – порождающий): психогенное расстройство, ненамеренно спровоцированное высказыванием, поведением медработника или терапией.

Учебное текстовое электронное издание

Семихатская Светлана Владимировна

ОСНОВЫ ПСИХОПАТОЛОГИИ

Учебное пособие

1,33 Мб

1 электрон. опт. диск

г. Магнитогорск, 2015 год

ФГБОУ ВПО «МГТУ»

Адрес: 455000, Россия, Челябинская область, г. Магнитогорск,
пр. Ленина 38

ФГБОУ ВПО «Магнитогорский государственный
технический университет им. Г.И. Носова»

Кафедра специального образования и медико-биологических дисциплин

Центр электронных образовательных ресурсов и
дистанционных образовательных технологий

e-mail: ceor_dot@mail.ru