



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

Н.А. Долгушина

**ПСИХОПАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА
И КЛИНИКА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ**

*Утверждено Редакционно-издательским советом университета
в качестве учебно-методического пособия*

Магнитогорск
2017

УДК 378 371 376 616.8
ББК Ю984.я7

Рецензенты:

доктор медицинских наук,
профессор кафедры образовательных технологий
и дистанционного обучения,
представительство ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный гуманитарно-
педагогический университет»
в г. Магнитогорске
Н.А. Антипанова

кандидат педагогических наук,
доцент кафедры социальной работы и психолого-педагогического образования,
ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный технический
университет им. Г.И. Носова»
С.Н. Испулова

Долшугина Н.А.

Психопатология детского возраста и клиника интеллектуальных нарушений [Электронный ресурс] : учебно-методическое пособие / Наталья Александровна Долгушина ; ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова». – Электрон. текстовые дан. (1,01 Мб). – Магнитогорск : ФГБОУ ВО «МГТУ им. Г.И. Носова», 2017. – 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 Reader8.0 и выше ; CD/DVD-ROM дисковод ; мышь. – Загл. с титул. экрана.

ISBN 978-5-9967-1041-6

В учебно-методическом пособии представлены теоретико-методологические основы психопатологии детского возраста и клиника интеллектуальных нарушений, общие и специфические закономерности психического развития детей с отклонениями, роль биологических и социальных факторов в психическом развитии ребёнка; раскрыты особенности познавательной, эмоционально-волевой, личностной и деятельностной сфер детей с различными нарушениями в психофизическом развитии; рассматриваются диагностические и коррекционные методы при работе с детьми, имеющими нарушения интеллектуальной, сенсорной, двигательной сфер. Представленное пособие позволяет изучить курс «Психопатология детского возраста и клиника интеллектуальных нарушений» и применять полученные знания при подготовке к практическим занятиям по дисциплинам: «Психолого-педагогическая диагностика лиц с ограниченными возможностями здоровья», «Психология детей с отклонениями в интеллектуальном развитии и задержкой психического развития», «Специальная психология».

Материал адаптирован и предназначен для студентов очной и заочной форм обучения направления подготовки 050700.62 «Специальное (дефектологическое) образование (степень бакалавр), профиль «Логопедия», «Дошкольная дефектология», при работе с детьми с различными нарушениями в психофизическом развитии.

УДК 378 371 376 616.8
ББК Ю984.я7

ISBN 978-5-9967-1041-6

© Долгушина Н.А., 2017
© ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный
технический университет им. Г.И. Носова», 2017

Содержание

ПРЕДИСЛОВИЕ.....	4
ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ ПО КУРСУ «ПСИХОПАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА И КЛИНИКА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ»	5
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОПАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА И КЛИНИКИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ.....	5
1.1. Введение в психопатологию детского возраста и клинику интеллектуальных нарушений	5
1.2. Основные психопатологические симптомы.....	8
1.3. Основные психопатологические синдромы.....	22
ГЛАВА 2. ОЦЕНКА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ	27
2.1. Определение уровней интеллектуального развития детей при помощи методики «Нарисуй человека».....	27
2.2. Оценка личностных особенностей детей при помощи методики «Несуществующее животное»	37
ГЛАВА 3. ДИЗОНТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, НАБЛЮДАЮЩИХСЯ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ	40
3.1. Общие закономерности формирования психических расстройств в детском и подростковом возрасте.....	40
3.2. Синдромы психических расстройств, наблюдающихся преимущественно в детском возрасте	44
3.3. Синдромы психических расстройств, наблюдающихся преимущественно в подростковом возрасте.....	48
ГЛАВА 4. РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКИЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА. ПСИХОГЕННЫЕ ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ..	50
4.1. Резидуально-органические нервно-психические расстройства. Психоорганический синдром	50
4.2. Характерологические и патохарактерологические личностные реакции у детей и подростков	55
ГЛАВА 5. СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА С НАЧАЛОМ ТИПИЧНЫМ ДЛЯ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА.....	58
5.1. Нарушения психологического развития.....	58
5.2. Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте.....	62
ГЛАВА 6. МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ	79
ГЛАВА 7. ШИЗОФРЕНИЯ.....	83
ГЛАВА 8. НАРУШЕНИЯ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ	96
8.1. Умственная отсталость	96
8.2. Задержка психического развития.....	101
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО КУРСУ «ПСИХОПАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА И КЛИНИКА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ».....	119
1. Вопросы к экзамену.....	119
2. Итоговый тест	120
ГЛОССАРИЙ	124
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК.....	132
Основная литература.....	132
Дополнительная литература	132

ПРЕДИСЛОВИЕ

В настоящее время количество детей, имеющих нарушения психофизиологического развития очень велико и обнаруживается тенденция к его увеличению. Для оказания полноценной диагностической и коррекционной помощи необходимо знание психических особенностей детей с различными отклонениями в психическом развитии.

Цель данного учебно-методического пособия – повышение компетентности студентов в области психопатологии детского возраста и клиники интеллектуального нарушения и на этой основе их подготовка к деятельности с детьми с нарушениями психического развития.

Данная цель реализуется с помощью решения конкретных **задач**:

– вооружить студентов знаниями методологических основ, актуальных проблем психопатологии детского возраста и клиники интеллектуального нарушения, основами научно-категориального аппарата и рабочих понятий.

– сформировать у студентов практические навыки при работе с детьми, имеющими различные отклонения в психофизическом развитии.

– обеспечить усвоение нормативных и практических материалов по вопросам комплектования специальных образовательных учреждений.

В данном пособии раскрываются понятие, задачи и методы психопатологии детского возраста и клиники интеллектуального нарушения как науки; представлены общие закономерности отклоняющегося развития, биологические и социальные факторы риска; анализируются понятие, параметры и классификация дизонтогенеза; изучены психологические особенности лиц с различными психическими и физическими нарушениями в развитии, методы диагностики и коррекции данных нарушений.

Учебно-методическое пособие состоит из: предисловия, теоретического материала по курсу «Психопатология детского возраста и клиника интеллектуального нарушения», контрольно-измерительных и информационно-справочных материалов, глоссария терминов и списка основной и дополнительной литературы.

Пособие предназначено для студентов очной и заочной форм обучения направления подготовки 050700.62 «Специальное (дефектологическое) образование (степень бакалавр), профиль «Логопедия», «Дошкольная дефектология», при работе с детьми с различными нарушениями в психофизическом развитии.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ ПО КУРСУ «ПСИХОПАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА И КЛИНИКА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ»

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОПАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА И КЛИНИКИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

1.1. Введение в психопатологию детского возраста и клинику интеллектуальных нарушений

Цель психопатологии детского возраста и клиники интеллектуальных нарушений - сформировать у студентов представления о психопатологии как медицинской дисциплине, занимающейся изучением этиологии, патогенеза, диагностики, клиники и лечения психических и поведенческих расстройств; систематизировать накопленные знания о норме и патологии функционирования психической сферы, сопровождающейся синдромами речевых расстройств.

Психопатология детского возраста и клиника интеллектуальных нарушений, в свою очередь, входит как важная составная часть в *дефектологию* – интегративную научную область, охватывающую проблемы разностороннего изучения, воспитания, образования, подготовки детей и взрослых с нарушениями физического и умственного развития к труду и самостоятельной жизни в обществе.

Психопатология детского возраста и клиника интеллектуальных нарушений связана с такими областями психологии как детская, возрастная и педагогическая психология, психофизиология и нейропсихология.

В задачи психопатологии детского возраста и клиники интеллектуальных нарушений входит:

- изучение закономерностей и особенностей психического развития детей с различными психическими нарушениями в разных условиях, и прежде всего в условиях коррекционного обучения;
- определение понятий о структуре и функциях психической сферы человека, симптомах и синдромах её поражения;
- ознакомление с этиологией и патогенезом психических заболеваний, синдромами и симптомами нарушений, а также с психогигиеной и психопрофилактикой;
- создание методов и средств психической диагностики нарушений развития;
- разработка средств психологической коррекции недостатков развития;
- изучение психолого-педагогических, медицинских оценок эффективности содержания и методов обучения детей с недостатками развития в разных условиях;

1.1.1. Актуальные проблемы психопатологии детского возраста и клиники интеллектуальных нарушений

1. К основным проблемам современной психопатологии детского возраста и клиники интеллектуальных нарушений можно отнести продолжающийся рост числа аномальных детей, с изменением структуры отклонений: снижается количество слепых и глухих детей, но непрерывно растет количество интеллектуальных нарушений. Первое связывают с прогрессом в области медицины, а второе - с увеличением злоупотребления алкоголем, с распространением наркомании и токсикомании. Все это определяет необходимость дальнейшего увеличения числа специальных учреждений коррекционно-педагогической службы.

2. Только 8-9% сотрудников специальных учреждений имеют специальное образование. Это требует увеличения объема подготовки и специализации по специальной психологии и коррекционной педагогике при университетах.

3. Значительно увеличилось количество сложных и смешанных отклонений развития. Это значительно утяжеляет нарушения, осложняет возможности их диагностики и коррекции; требует более дифференцированного подхода к их диагностике и коррекции. В связи с усилением асоциальных явлений в обществе увеличилось количество детей с девиантным поведением и сирот, детей-инвалидов для которых организуются специальные типы учебных заведений.

4. Важное значение в связи с ростом благосостояния определенной категории лиц начинает выполнять специальное домашнее обучение, осуществляемое без изоляции ребенка от семьи и семейного воспитания, что обеспечивает более адекватное развитие его психики. Это уменьшает возможность формирования различных форм депривации.

1.1.2. Основные методы психопатологии детского возраста и клиники интеллектуальных нарушений

Метод – это общая стратегия, общий путь получения фактов, который определяется задачей и предметом исследования.

1. Наблюдение – это научно-целенаправленное и определенным образом фиксируемое восприятие исследуемого объекта.

Наблюдение бывает: **1. Сплошное** охватывает одновременно многие стороны поведения ребёнка. **Выборочное** – изучение одной стороны поведения. **2. Скрытое и включенное.** **3. Одноразовое и длительное.**

2. Эксперимент – это активное вмешательство исследователя в деятельность испытуемого с целью создания условий, в которых выявляется какой-либо психологический факт.

Эксперименты бывают естественными, лабораторными.

Естественный эксперимент характеризуется незначительными изменениями обычных условий обучения и воспитания. При этом типе эксперимента стараются минимально изменять условия, в которых протекает интересующий

диагноста психический феномен. Естественный эксперимент предполагает проведение исследования под контролем экспериментатора, но в естественных условиях.

Лабораторный эксперимент проводится в помещении, специально приспособленном для точного проведения опыта, контроля всех воздействий на испытуемого и регистрации его ответов и действий. Лабораторный эксперимент отличается строгой стандартизацией условий, позволяющих максимально изолировать исследуемое явление, отвлекаясь от изменяющихся условий окружающей среды.

И лабораторный, и естественный эксперименты могут быть *констатирующими и формирующими*.

При **констатирующем** эксперименте изучаются лишь необходимые психологические явления; в процессе **формирующего** развиваются определенные качества испытуемых.

3. Анализ продуктов деятельности. В качестве продуктов учебной деятельности могут рассматриваться сочинения, дневники, альбомы по рисованию, журналы и т.п.

4. Тесты – стандартизированные методы, т.е. предлагаемые в них задания, оценка, условия проведения строго регламентированы и единообразны. Их результаты ни в коей мере не должны зависеть от того, кто проводит тест и обрабатывает результаты. **Тесты** – это система специально подобранных заданий, которые предлагают в строго определённых условиях.

5. Опросники – это тип методик, состоящих из набора пунктов, не имеющих правильного ответа и характеризующихся только их частотой и направленностью. В отличие от тестов в опросниках ответы не квалифицируются как «правильные» или «неправильные». Они должны отражать отношение человека к тем или иным явлениям, меру его согласия или несогласия с предлагаемыми высказываниями.

6. Анкетирование. Анкета – методическое средство для получения первичной социально-психологической информации на основе вербальной коммуникации. Анкета представляет собой набор вопросов, каждый из которых логически связан с центральной задачей исследования. Анкетирование представляет собой процедуру проведения опроса в письменной форме с помощью заранее подготовленных бланков. Анкеты самостоятельно заполняются респондентами, а затем производится их анализ. Анкеты предназначены для получения общей информации, касающейся истории жизни человека, его интересов, предпочтений, мнений по тому или иному вопросу. На их основании нельзя делать выводы об индивидуально-психологических особенностях человека. Формулировать психологический диагноз.

7. Беседа или интервьюирование – живое непосредственное общение с ребёнком, в результате которого складывается целостная картина состояния его психики, история развития, история жизни, сведения об условиях и образе жизни ребёнка. Этот метод требует тщательного расспроса самого ребёнка и его родственников и его родственников.

1.2. Основные психопатологические симптомы

Объектом психопатологии является человек, у которого нарушены те или иные стороны психической деятельности – ощущения, восприятие, память, мышление, переживания и т.д.

Между психическим здоровьем и психическими заболеваниями существует много переходных состояний – человек ещё не болен, но у него имеются небольшие отклонения в душевном состоянии, которые мешают ему хорошо приспособляться к жизни и успешно работать. Своевременный и квалифицированный совет психиатра, как разумнее организовать свой быт, труд и отдых, как правильнее относиться к тому или другому событию, может в таких случаях оказать большую помощь и предупредить развитие более тяжёлого психического расстройства.

Из сказанного видно, что предметом психопатологии является не только психически больной человек, но в ряде случаев и здоровый. Чтобы правильно понять психическое заболевание и знать, как обращаться с больным, как его лечить, чего от него ждать, надо прежде всего уметь различать признаки болезни, её проявления, т.е. симптомы, и их закономерные сочетания – синдромы.

При психических заболеваниях нарушается психическая деятельность человека в целом, но при разных болезнях преимущественно страдает тот или иной из основных психических процессов: восприятие, память, внимание, интеллект, мышление, эмоции, воля.

К основным психопатологическим симптомам относятся:

1) Симптомы расстройства восприятия:

Гиперестезия – повышенная чувствительность к раздражителям обычной силы. Часто встречается при экзогенно-органических поражениях ЦНС (интоксикации, травмы, инфекции), маниакальных состояниях.

Гипестезия (гипоэстезия) – пониженная чувствительность к раздражителям. Часто наблюдается при расстройствах сознания, органических нарушениях ЦНС, депрессивных состояниях.

Анестезия – крайняя степень гипестезии. Болезненная психическая анестезия – субъективно кажущееся весьма тягостным ослабление какого-либо вида чувствительности, обусловленное снижением эмоционального тона (*anaesthesia psychica dolorosa*). Наблюдается при депрессиях.

Агнозия – неузнавание раздражителя, встречается при органических поражениях ЦНС, истерических расстройствах чувствительности.

Парестезии – субъективные ощущения, возникающие без раздражителя (ощущение покалывания, ползания мурашек, онемения и т. д.). Расстройства имеют локализацию, четко ограниченную зонами иннервации. Являются симптомом неврологического расстройства.

Сенестопатии (иллюзии общего чувства) – неопределенные, трудно локализуемые, неприятные, тягостные телесные ощущения. Имеют своеобразные описания больными (стягивание, разливание, расслоение, переворачивание,

сверление и т. д.). Ощущения не имеют реальной основы, «непредметны», не соответствуют зонам иннервации. Часто встречаются в структуре сенестопихондрического синдрома (сенестопатии + идеи «мнимой» болезни + аффективные расстройства), при шизофрении, депрессиях.

Иллюзии – ошибочное восприятие реально существующих предметов и событий.

Аффектогенные иллюзии возникают при страхе, тревоге, депрессии, экстазе. Их возникновению способствует нечеткость восприятия окружающего (слабое освещение, невнятная речь, шум, удаленность объекта). Содержание иллюзий связано с аффективными переживаниями. Например, при выраженном страхе за свою жизнь человек слышит угрозы в разговоре далеко стоящих людей.

Физические – связаны с особенностями физических явлений (ложка в стакане воды кажется кривой).

Парейдолические иллюзии – зрительные иллюзии, при которых узоры, трещины, ветви деревьев, облака замещаются образами фантастического содержания. Наблюдаются при делирии, интоксикациях психомиметиками.

При иллюзиях всегда есть реальный объект (в отличие от галлюцинаций) или явление окружающего мира, которое в сознании больного отражается неправильно. Иллюзии в ряде случаев сложно дифференцировать от бредовой интерпретации больным окружающей обстановки, при которой предметы и явления верно воспринимаются, но нелепо трактуются.

Эдейтизм – чувственно яркое представление непосредственно предшествовавшего ощущения (особенно яркое воспоминание).

Фантазм – чувственно яркие, отчетливо фантастические грезы наяву.

Галлюцинации – расстройство восприятия в виде образов и представлений, возникающих без реального объекта.

Простые галлюцинаторные образы возникают в одном анализаторе (например, только зрительные). Сложные (комплексные) – в формировании образов участвуют два и более анализатора. Содержание галлюцинаций связано общей фабулой. Например, при алкогольном делирии больной «видит» черта, «ощущает» его прикосновения и «слышит» обращенную к нему речь.

По анализаторам (по модальностям) выделяют следующие типы галлюцинаций.

Зрительные галлюцинации. Элементарные (фотопсии) лишены четкой формы – дым, искры, пятна, полосы. Завершенные – в виде отдельных людей, предметов и явлений.

В зависимости от субъективной оценки размеров выделяют:

- 1) нормоптические – галлюцинаторный образ соответствует реальным размерам предметов;
- 2) микроптические галлюцинации – уменьшенных размеров (кокаинизм, алкогольный делирий);
- 3) макроптические галлюцинации – гигантские.

Разновидности зрительных галлюцинаций:

1) экстракампинные галлюцинации – зрительные образы возникают вне поля зрения (сбоку, сзади);

2) аутоскопические галлюцинации – видение больным собственного двойника.

Зрительные галлюцинации обычно возникают на фоне помраченного сознания. Галлюцинаторные образы могут быть окрашены в один цвет (при эпилепсии чаще монохромные, красного цвета), могут быть подвижными и неподвижными, сценopodobными (при онейроиде), стойкими и отрывочными.

Слуховые (вербальные) галлюцинации. Элементарные (акоазмы) – шум, треск, оклики по имени. Фонемы – отдельные слова, фразы. Галлюцинаторные переживания наиболее часто представлены в виде голосов. Это может быть один какой-то определенный голос или несколько (хор голосов).

По содержанию выделяют:

1) императивные, или приказывающие, галлюцинации (являются показанием для госпитализации в психиатрический стационар);

2) комментирующие (мнимый собеседник комментирует действия и мысли больного); угрожающие, оскорбляющие;

3) антагонистические (противоположное по смыслу содержание – то обвиняющие, то защищающие).

Тактильные (осязательные) галлюцинации в отличие от сенестопатий носят предметный характер, больной четко описывает свои ощущения: «паутина на лице», «ползание насекомых». Характерным симптомом для некоторых интоксикаций, в частности циклодолом, является «симптом исчезающей сигареты», при котором больной явно ощущает наличие зажатой между пальцами сигареты, но когда подносит руку к лицу, сигарета исчезает. У некурящих это может быть мнимый стакан воды.

Термические – ощущение тепла или холода.

Гигрические – ощущение влаги на поверхности тела.

Гаптические – внезапное ощущение прикосновения, хватания.

Кинестетические галлюцинации – ощущение мнимого движения.

Речедвигательные галлюцинации – ощущение, что речевой аппарат совершает движения и произносит слова помимо воли больного. По сути, является вариантом идеаторного и двигательного автоматизмов.

Галлюцинации общего чувства (висцеральные, телесные, interoцептивные, энтероцептивные) проявляются ощущениями наличия внутри тела инородных предметов или живых существ. Для больного ощущения имеют точную локализацию и «предметность». Больные четко описывают свои ощущения («змеи в голове», «гвозди в желудке», «черви в плевральной полости»).

Вкусовые галлюцинации – чувство в ротовой полости непривычных вкусовых ощущений, обычно неприятных, не связанных с приемом пищи. Нередко являются причиной отказа больного от еды.

Обонятельные галлюцинации – мнимое восприятие запахов, исходящих от предметов или от собственного тела, чаще неприятного характера. Нередко сосуществуют с вкусовыми. Могут наблюдаться в виде моносимптома (галлю-

циноз Боннера – неприятный запах от собственного тела).

Клинически важно разделение на **истинные и ложные галлюцинации**.

Истинные галлюцинации – больной воспринимает галлюцинаторные образы как часть реального мира, содержание галлюцинаций отражается в поведении больного. Больные «стряхивают» мнимых насекомых, спасаются бегством от чудовищ, разговаривают с мнимыми собеседниками, затыкают уши, что может являться объективным признаком их наличия. Характерна экстрапроекция, т. е. образы проецируются вовне или в реальное пространство в пределах досягаемости. Течение, как правило, острое. Характерны для экзогенных психозов (отравления, травмы, инфекции, психогении). Критика больного к переживаниям отсутствует.

Ложные галлюцинации (псевдогаллюцинации) – у больных отсутствует ощущение объективной реальности. Больной воспринимает образы внутренним «я». Он четко разграничивает реальность и галлюцинаторный образ. Характерна интеропроекция, голоса звучат «внутри головы», образы возникают перед внутренним взором, или источник находится в недостижимости органов чувств (голоса из космоса, телепатическая связь, астрал и т. д.). Почти всегда присутствует чувство сделанности, насильственности. Больной «понимает», что образы передаются только ему. Течение, как правило, хроническое. Может наблюдаться критическое отношение к переживаниям, однако на высоте психоза критика отсутствует. Наблюдаются при эндогенных психозах.

Гипнагогические галлюцинации – чаще всего зрительные галлюцинации. Появляются при закрытии глаз в покое, чаще предшествуют засыпанию, проецируются на темный фон.

Гипнапомпические галлюцинации – то же самое, но при пробуждении. Эти два вида галлюцинаций часто относят к разновидностям псевдогаллюцинаций. Среди этой разновидности галлюцинаций наблюдаются следующие типы патологических представлений: зрительные (наиболее часто), вербальные, тактильные и комбинированные. Эти расстройства еще не являются симптомом психоза, зачастую свидетельствуют о препсихотическом состоянии или возникают при обострении тяжелых соматических заболеваний. В ряде случаев требуют коррекции, если являются причиной нарушения сна.

Дополнительно по особенностям возникновения выделяют следующие типы галлюцинаций.

Функциональные галлюцинации всегда слуховые, появляются лишь при реальном звуковом раздражителе. Но в отличие от иллюзий реальный раздражитель не сливается (не подменяется) с патологическим образом, а сосуществует с ним.

Рефлекторные галлюцинации заключаются в том, что правильно воспринимаемые реальные образы тут же сопровождаются появлением сходного с ними галлюцинаторного. Например, больной слышит реальную фразу – и тут же в голове начинает звучать похожая фраза.

Апперцептивные галлюцинации появляются после волевого усилия больного. Например, больные шизофренией нередко «вызывают» у себя голоса.

Галлюцинации Шарля Боннэ наблюдаются при повреждении периферического отдела анализатора (слепота, глухота), а также в условиях сенсорной депривации. Галлюцинации всегда возникают в поле пораженного или информативно ограниченного анализатора.

Психогенные галлюцинации возникают под воздействием психической травмы или внушения. Их содержание отражает психотравмирующую ситуацию или суть внушения.

Психосенсорные расстройства – нарушение восприятия размеров, формы, взаимного расположения предметов в пространстве и (или) размеров, веса собственного тела (расстройства схемы тела).

Микропсия – уменьшение размеров видимых предметов.

Макропсия – увеличение размеров видимых предметов.

Метаморфозии – нарушение восприятия пространства, формы и величины предметов.

Поропии – нарушение восприятия пространства в перспективе (вытянутые или спрессованные).

Полиопии – при формальной сохранности органа зрения вместо одного предмета видится несколько.

Оптическая аллестезия – больному кажется, что предметы якобы находятся не на своем месте.

Дисмегалопсии – изменения восприятия предметов, при которых последние кажутся перекрученными вокруг своей оси.

Аутометаморфозии – искаженное восприятие формы и размеров собственного тела. Расстройства возникают при отсутствии зрительного контроля.

Нарушение восприятия течения времени (тахихрония – субъективное ощущение ускорения времени, брадихрония – замедление). Часто отмечается при депрессии и маниакальных состояниях.

Нарушение восприятия последовательности временных событий.

Сюда относятся явления «уже виденного» – *deja vu*, «уже слышанного» – *deja entendu*, «уже испытанного» – *deja vecu* и «никогда не виденного» – *jamais vu*, «не слышанного» – *jamais entendu*, «ранее не испытанного» – *jamais vecu*. В первом случае у больных в новой, незнакомой обстановке возникает ощущение, что эта обстановка им уже знакома. Во втором – хорошо известная обстановка кажется как будто увиденной впервые.

Психосенсорные расстройства по отдельности возникают редко. Обычно отдельные симптомы психосенсорных расстройств рассматривают в рамках двух основных синдромов: синдрома дереализации и синдрома деперсонализации. Эти нарушения наиболее часто встречаются при экзогенно-органических психозах, абстинентных состояниях, эпилепсии, нейроревматизме.

2) Симптомы расстройства мышления включают:

Ускорение мышления, которое характеризуется ускорением темпа речи, скачкой идей, которые при значительной выраженности темпа не успевают быть высказанными (*fuga idearum*). Часто идеи носят продуктивный характер и ассоциированы с высокой творческой активностью. Симптом характерен для

маний и гипоманий. Стоит подумать об одном, и сразу появляется желание рассказать о деталях, но потом появляется новая идея. Все это не успеваешь записывать, а если записывать, то появляются опять новые мысли. Особенно интересно ночью, когда никто не мешает, а спать не хочется. Кажется, что за час можешь написать целую книгу.

Замедление мышления - уменьшение количества ассоциаций и замедление темпа речи, сопровождающееся трудностью в подборе слов и формированием общих понятий и умозаключений. Характерно для депрессий, астенических симптомов, отмечается также при минимальных расстройствах сознания. Вот опять меня что-то спросили, а мне нужно время, чтобы сосредоточиться, так сразу я не могу. Все сказал и мыслей больше нет, приходится повторять опять все сначала, пока не устану. Когда спрашивают о выводах, вообще нужно долго думать и лучше, если будет домашнее задание.

Ментизм - наплыв мыслей, который нередко носит насильственный характер. Обычно такие мысли разноплановые и не могут быть высказаны.

Шперрунг - «закупорка» мыслей, воспринимается пациентом как обрыв мыслей, внезапная пустота в голове, замолкание. Шперрунг и ментизм характерны больше для шизофрении и шизотипических расстройств. Все это выглядит как вихрь в момент разговора или когда думаешь, мыслей много и они путаются, ни одной не остается, но не лучше, если они исчезают. Только произнес слово, а следующего нет, и мысль исчезла. Часто от этого теряешься и уходишь, люди обижаются, но что можно поделать, если не знаешь, когда это будет.

К расстройствам мышления по содержанию относится аффективное, эгоцентрическое, параноидное, обсессивное и сверхценное.

Аффективное мышление характеризуется преобладанием в мышлении эмоционально окрашенных представлений, высокой зависимостью мышления от окружающих, быстрой реакцией мыслительного и неотделимого от него эмоционально процесса на любой, часто незначимый стимул (аффективная неустойчивость). Аффективное мышление характерно для пациентов, страдающих расстройствами настроения (депрессивное или маниакальное мышление). Система суждений и представлений при аффективном мышлении полностью определяется ведущим настроением. Кажется, что ты все уже для себя решила. Но утром встаешь - и все пропало, настроение никуда, и все решения приходится отменять. Или бывает, что кто-то расстроит, и тогда на всех злишься. Но бывает и наоборот, мелочь, тебе скажут, что хорошо выглядишь, и весь мир другой и хочется радоваться.

Эгоцентрическое мышление - при этом типе мышления все суждения и представления фиксированы на нарцисстическом идеале, а также на том, то полезно или вредно собственной личности. Остальные, в том числе социальные представления, отменяются. Такой тип мышления часто формируется у зависимых личностей, а также при алкоголизме и наркоманиях. В то же время эгоцентрические черты могут быть нормативными для детского возраста. Не ясно, что они все от меня требуют, родители считают, что я должен учиться, что мне

нужно лучше выглядеть. Кажется, что никто меня по-настоящему не понимает. Если я не учусь и не работаю, и не хочу зарабатывать денег, то выходит я и не человек, но ведь я никому не мешаю, делаю только то, что мне нравится. Всем не угодишь, а собаку пусть сами выгуливают, она их больше любит.

Параноидное мышление - в основе мышления лежат бредовые идеи, сочетающиеся с подозрительностью, недоверчивость, ригидностью. Бред - ложное умозаключение, возникающее на болезненной основе, например, он может быть вторичным от измененного настроения, повышенного или пониженного, галлюцинаций, или первичным, в результате формирования особой, понятной лишь самому пациенту логики. Слишком многое вокруг связывается в одну цепь. Когда шел на работу меня толкнул мужчина, одетый во все черное, потом на работе было два подозрительных звонка, поднимаю трубку и слышу злобное молчание и чье-то дыхание. Потом в подъезде появилась новая надпись «Опять ты здесь», потом дома отключили воду. Выхожу на балкон и вижу того же мужчину, но переодетого в синюю рубашку. Что они все от меня хотят? Нужно добавить на дверь дополнительный замок.

Бредовые идеи не поддаются переубеждению, и к ним отсутствует критика со стороны самого пациента. Когнитивные связи, поддерживающие существование бреда по принципу обратной связи, выглядят следующим образом: 1) формируется недоверие к другим: Я, вероятно, не слишком дружелюбен - другие люди меня поэтому избегают - Я понимаю почему они это делают - усиление недоверия к другим. Стадии формирования бреда по К. Conrad следующие:

- трема - бредовое предчувствие, тревога, обнаружение источника формирования новой логической цепи;

- апофена - формирование гештальта бреда - образование бредовой идеи, ее кристаллизация, иногда внезапное озарение;

- апокалипсис - распад бредовой системы вследствие терапии или аффективного истощения.

По механизму образования бред делится на первичный - он связан с интерпретацией и построением поэтапной логики, вторичный - связанный с формированием целостных образов, например под влиянием измененного настроения или галлюцинирования, и индуцированный - при котором реципиент, будучи здоровым человеком, воспроизводит бредовую систему индуктора, психически больного человека.

Инкогерентное мышление (бессвязное) - при таком мышлении отсутствует связь между отдельными словами в предложении, часто появляются повторы отдельных слов (персеверации).

Вербигерация - расстройство мышления, при котором нарушается связь не только между словами, но и между слогами. Пациент может произносить отдельные звуки и слоги стереотипно. Различные степени разорванности мышления характерны для шизофрении.

Речевые стереотипии могут выражаться как повторы отдельных слов, так и фраз или предложений. Пациенты могут рассказывать одни и те же истории, анекдоты (симптом граммофонной пластинки). Иногда стоячие обороты сопро-

вождаются затуханием, например, пациент произносит фразу «Головная боль меня иногда беспокоит. Головная боль меня иногда. Головная боль меня. Головная боль. Головная». Речевые стереотипии характерны для деменций.

Копролалия - преобладание в речи нецензурных оборотов и фраз, иногда с полным вытеснением обычной речи. Характерна для диссоциальных расстройств личности и проявляется при всех острых психозах.

3) Расстройства памяти и интеллекта

Различают количественные нарушения памяти, когда расстраиваются основные функции запоминания, хранения и воспроизведения информации, включающие: гипермнезии, гипомнезии (дисмнезии), амнезии; качественные расстройства (парамнезии), при которых количественные расстройства памяти сочетаются с ложными воспоминаниями, смещением событий прошлого и настоящего, реального и воображаемого.

Количественные нарушения памяти.

Гипермнезия - непроизвольное усиление памяти, повышение способности к воспроизведению информации, воспоминаниям давно забытых событий прошлого, подчас незначительных и мало актуальных для больного в настоящем. Оживление воспоминаний, как правило, сочетается с ослаблением запоминания текущей информации. Встречается при маниакальных и гипоманиакальных состояниях, некоторых вариантах ауры при больших эпилептических припадках, в состояниях острой интоксикации при употреблении некоторых наркотиков (опий, психодислептики ЛСД и др.).

Гипомнезия (дисмнезия) - расстройство памяти, характеризующееся снижением возможности запоминания, уменьшением запасов памяти, ухудшением воспроизведения информации. Снижение памяти при дисмнезиях происходит в определенной последовательности. Вначале утрачиваются (забываются) наиболее свежие, недавно приобретенные и менее закрепленные факты. При этом события прошлой жизни сохраняются в памяти дольше. Такая последовательность гипомнестических расстройств («от настоящего к прошлому») описана под названием закона Рибо. Ранним симптомом является ухудшение активной (избирательной) репродукции, способности воспроизведения в необходимый момент прошлого опыта, прежде всего такого, который касается наиболее отвлеченных и дифференцированных запасов памяти - терминов, имен, дат, слов.

Гипомнезия входит в структуру психоорганического, псевдопаралитического, мориоидного синдромов, а также развивается на начальных этапах прогрессирующей амнезии при органических поражениях головного мозга.

Амнезия - полное выпадение из памяти событий, имевших место в определенный временной период.

По отношению периода, подвергшегося амнезии, к периоду болезни выделяют следующие варианты амнезии:

Ретроградная амнезия - выпадение из памяти событий, предшествовавших острому периоду болезни. Длительность промежутка времени, охватываемого амнезией, различна (от нескольких минут до нескольких дней, недель, ме-

сяцев, лет).

Антероградная амнезия - утрата воспоминаний о событиях, происходящих в период, следующий за острым этапом болезни. При этом, как правило, страдают функции запоминания и ретенции. При данном виде расстройств памяти поведение больных упорядоченное, они критически оценивают ситуацию, что свидетельствует о сохранности кратковременной памяти.

Конградная амнезия - полное или частичное выпадение воспоминаний, ограничиваемое только событиями острого периода болезни (периода нарушенного сознания).

Ретроантероградная амнезия - выпадение из памяти событий, происшедших до, во время и после острого периода болезни.

Вышеперечисленные формы расстройств памяти встречаются при травмах головного мозга, тяжелых гипоксиях, сумеречных помрачениях сознания.

Палимпсест - вид амнезии, специфичный для больных алкоголизмом. Характеризуется выпадением событий, происшедших на пике алкогольного опьянения, при этом общий ход событий воспроизводится правильно.

Также выделяют клинические варианты амнезий по преимущественно нарушенной функции памяти:

Фиксационная амнезия - резкое ослабление или отсутствие способности запоминать, фиксировать текущие события. В связи с этим слабеет или утрачивается память о недавних событиях, но сохраняются воспоминания о прошлой жизни. Невозможность фиксировать текущие события приводит к нарушениям ориентировки в месте, времени и окружающей ситуации (амнестическая дезориентировка). Такой больной плохо ориентируется или не ориентируется вообще в палате, стационаре, не может запомнить имена лечащего врача, персонала, а также текущие даты. Вместе с этим, он довольно подробно и верно рассказывает о своей прошлой жизни, не утрачивает профессиональных знаний и навыков.

Фиксационная амнезия входит в структуру Корсаковского синдрома, паралитического и псевдопаралитического синдромов, нередко сочетается с прогрессирующей амнезией.

Анэфория - неспособность к произвольному воспроизведению тех или иных фактов, событий, которые извлекаются из памяти только после подсказки. Входит в структуру астенического, психоорганического синдромов, лакунарной деменции.

Качественные нарушения памяти (ПАРАМНЕЗИИ).

Псевдореминисценции - ошибочные воспоминания, «иллюзии памяти». Представляют собой воспоминания о реальных жизненных событиях, которые ошибочно относятся больным в иной временной промежуток. В структуре реминисценций реальные воспоминания переплетаются с фактами, которых на самом деле не было или с фактами, которые хотя и происходили в действительности, но не имеют отношения к событиям, с которыми их соотносят. Псевдореминисценции довольно стабильны по содержанию и входят в структуру Корсаковского синдрома, различных деменций, пуэрильного синдрома.

Конфабуляции - патологический вымысел, принявший форму воспоминаний. Конфабуляции довольно стойки, часто носят фантастический характер и далеко не всегда сопровождаются дисмнестическими расстройствами.

Выделяют следующие клинические варианты конфабуляции.

Мнемонические конфабуляции (конфабуляции памяти) - сочетаются с другими нарушениями памяти, чаще - с фиксационной и прогрессирующей амнезией - и «замещают» пробелы памяти вымышленными событиями.

Бредовые конфабуляции - возникают на фоне бреда и представляют собой бредовое ретроспективное истолкование событий реальной жизни, имевших место до заболевания.

Галлюцинаторные конфабуляции - возникают после перенесенного галлюцинаторного эпизода (зрительных, слуховых, обонятельных галлюцинаций), которые в последующем истолковываются больным как реальные события.

Онирические конфабуляции - возникают после выхода больного из состояния помраченного сознания, которое не сопровождается полной амнезией (онейроид, делирий). Содержание конфабуляции определяется галлюцинаторно-бредовыми переживаниями, имевшими место в периоде помраченного сознания, и истолковывается больным как реальные жизненные события.

Криптомнезии - искажения памяти, при которых происходит отчуждение воспоминаний или, напротив, присвоение информации. При этом исчезают различия между событиями, бывшими в действительности, и информацией, которая была услышана, прочитана или увидена во сне. В одних случаях все это вспоминается как происходившее в действительности с самим больным (ассоциированные воспоминания), в других - действительно происходившие события вспоминаются в качестве услышанного, прочитанного увиденного (отчужденные воспоминания).

4) Эмоциональные расстройства

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

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

поражением лобных долей (так называемая лобная психика).

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

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

Дисфория — немотивированное тоскливо-злобное настроение с активным недовольством окружающими или, реже, собой и выраженным экстрапунитивным поведением. Отмечается крайне высокая раздражительность и аффект злобы, которые и объясняют выраженные внезапные беспричинные вспышки разрушительных действий и агрессии к окружающим. Если агрессия по каким-то причинам не может реализоваться во вне, она направляется на себя, выражаясь в членовредительстве или суицидальных действиях. Дисфория чаще всего отмечается при эпилепсии, органических заболеваниях мозга, некоторых формах психопатий, сосудистых и атрофических процессах головного мозга.

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

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

Неадекватность эмоций — это несоответствие характера эмоций и вы-

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

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

5) Волевые и двигательные расстройства

Целостные изменения волевой активности проявляются в гипербулии, гипобулии, парабулии и абулии, но отдельные изменения в сферах инстинкта описываются в зависимости от типа инстинкта.

Под **гипербулией** понимается охваченность побуждением, которое мотивируется повышенным влечением, что проявляется в активной деятельности и расторможенности всех влечений. Это состояние характерно для маний.

Для **гипобулии** свойственно, напротив, снижение побуждений, желаний и влечений, снижается также и моторная активность. Субъективно пациенты отмечают это снижение активности и отсутствие интереса ко всем проявлениям жизни (ангедония), внутренняя интерпретация состояния соответствует утрате энергии, поэтому данное состояние называют редукцией энергетического потенциала.

При **абулии** отсутствуют все желания и побуждения, даже для того, чтобы накормить пациента, требуются волевые усилия окружающих. На вопросы он отвечает кратко и односложно, мимика лишена живости. Он обычно ничем не интересуется, все время проводит в постели. Встречается абулия при шизофреническом дефекте. Это состояние близко к вегетативной коме, когда пациент, находясь в постели, осуществляет все физиологические отправления без контроля, ест только пищу, предлагаемую опекающим лицом и отказывается от речевой активности. Вегетативная кома является конечной стадией деменций.

Повышение пищевого инстинкта — **булимия**, сопровождается прожорливостью, пациенты едят много, но часто не поправляются. Это характерно для эндокринной патологии и деменций.

Снижение пищевого инстинкта — **анорексия**, выражается в отказе от еды или в избирательной монотонной еде. Например, пациентка может составлять свой рацион только из яблок или только из хлеба. Анорексии отмечают при эндокринной патологии и диссоциативных расстройствах, а также при депрессиях.

При психопатологии встречается также поедание несъедобного — **копрофагия**, например, пациенты с умственной отсталостью могут поедать мелкие камни, глину, пить мочу.

Повышение полового инстинкта именуется у мужчин как **сатириазис**, у женщин как **нимфомания**. Они характеризуются беспорядочными частыми половыми связями с естественным для этих состояний повышенным риском заболеваемости венерической патологией. Свойственно для маний, эпизодов употребления психоактивных веществ, органических поражений мозга.

Снижение полового инстинкта именуется как **импотенция** у мужчин и **фригидность** у женщин, искажение полового влечения — **парафилия**. Спорным вопросом является отнесение к парафилиям гомосексуальности. Дело в том, что риск развития гомоэротичности составляет около 10 % у мужчин и женщин. Этот факт, а также ассоциирование гомоэротичности с нормативной сексуальностью пубертата, привел к признанию гомосексуальности нормой и исключению ее из МКБ 10.

Повышение исследовательского инстинкта обозначается как **неофилия**, то есть недифференцированное любопытство, которое проявляется по любому поводу и при любых обстоятельствах и часто неадекватно. Пациенты задают множество вопросов, всем интересуются и постоянно хотят быть в курсе всех дел. Она характерна для маний.

Противоположное состояние — **неофобия**, типичная для шизофренического дефекта, шизотипических расстройств и шизоидных расстройств личности. При этом в момент разговора пациент не смотрит в глаза собеседнику. Отворачивается и говорит в сторону, избегает телесного контакта и стремится не пользоваться новыми вещами, с недоверием относится к каким-либо новостям и избегает новых маршрутов перемещения.

Снижение родительского инстинкта проявляется в холодности родителей по отношению к детям, они стремятся решать свои проблемы, но не обращают внимания на ребенка. Это типично для шизоидных личностей. В другом случае отмечается противоположное состояние — родительская гиперпротекция, которая заметна в сверхконтроле и сверхвовлеченности родителей в судьбу и жизнь ребенка. Гиперпротекция может быть результатом тревожных расстройств личности. Искажение родительских инстинктов проявляется в жестокости родителей по отношению к детям или жестокости детей к своим родителям. Подобные расстройства характерны для диссоциальных личностей.

Снижение агонистических, то есть связанных с конфликтом, инстинктов проявляется в аутоагрессии — суициде. Хотя подавляющее число самоубийств совершают психически здоровые лица в период утраты объекта любви, дружбы, финансового краха, все же основное место среди патологических состояний, предрасполагающих к суициду, занимают депрессии и употребление психоактивных веществ, особенно алкоголя. Повышение агональности приводит к гомициду, то есть убийству. Среди убийц довольно высок процент лиц, совершающих данное преступление по патологическим, в частности, бредовым мотивам.

Искажение агональности приводит к патологической страсти к воровству (клептомании) и поджогам (пиромании).

Ощущение человеком своей доминантности и ранга может быть повыше-

но, это характерно для маний. Пациент убежден, что ему принадлежит значительно более высокое место, чем он занимает. Напротив, при депрессиях он считает себя никчемным и ненужным и в результате неадекватно снижает свой ранг, утрачивая социальные контакты. Лица с аномалиями личности и бредом могут искаженно воспринимать свое место в обществе как «особое», или «мессианское».

Повышение миграционного инстинкта приводит к вагабондажу и дромомании. При вагабондаже постоянная смена мест жительства обусловлена часто бегством от преследователей или преследованием какого-либо лица, например по эротическим мотивам. При дромомании перемещения не мотивированы, поскольку происходят на фоне измененного состояния сознания. Пациент в этом случае не может сказать, почему он переехал и как оказался именно в этом месте. Снижение потребности в миграции приводит к тому, что человек не покидает своего жилья по причине страха посещения открытых и людных мест (агорафобия) или бредового страха.

Повышение комфортного инстинкта свойственно для мизофобии — страха загрязнения, при котором пациент проводит множество часов за стереотипным мытьем своего тела или рук. Это типично для обсессивно-компульсивного расстройства. Но при абулии и деменции утрачивается всякий интерес к чистоте своего тела, и неряшливость и небрежность становятся устойчивыми.

Инстинктивное отношение к собственной территории также меняется при некоторых психопатологических состояниях. Например, при страхе на двери появляется множество замков, а на окнах — решеток, при алкоголизме и наркоманиях привычка закрывать дверь вообще утрачивается и квартира становится похожей на пещеру или нору.

Многие исследователи указывают на инстинктивный характер игрового поведения. Действительно, при маниях игровое поведение может приобретать характер навязчивости и зависимости от игры (людомании), при олигофрениях отмечаются стереотипные игры, а при аутизме дети предпочитают красивым и интересным игрушкам неигровые предметы, например радиодетали или катушки.

б) Двигательные расстройства представлены следующими группами:

Психомоторное возбуждение различается в зависимости от его причин на психогенное, эпилептическое, параноидное и кататоническое, а также делириозное, гебефренное и маниакальное возбуждение.

Психогенное возбуждение возникает непосредственно после психической травмы, сопровождается вытеснением отдельных событий травмы, другие события отчетливо звучат в речи пациента, выражена тревога, возможна пальпитация (дрожание). Возбуждение обычно проходит после исчезновения психической травмы.

Эпилептическое возбуждение сопровождается сужением сознания, сумеречными расстройствами сознания и дисфорией.

Параноидное возбуждение носит целенаправленный характер и связано с объектами, включенными в бред; собственно клиника бреда звучит в структуре

возбуждения.

Кататоническое возбуждение носит нецеленаправленный и импульсивный характер, сопровождается мутизмом или разорванной речью.

Делириозное возбуждение сопровождается наплывом зрительных устрашающих образов, дезориентировкой в месте и времени.

Гебефренное возбуждение протекает с дурашливостью, клоунадой и передразниванием, гримасами, вычурными движениями.

Маниакальное возбуждение характеризуется повышением темпа речи, повышением настроения, высоким речевым напором.

Ступор (застывание) и заторможенность. Выделяют психогенный, кататонический, галлюцинаторный, депрессивный, онейроидный.

Психогенный ступор отмечается после утраты, катастрофы; пациенты отвечают на вопросы односложно, заметна мимика печали и растерянности, ступор исчезает после утраты остроты травмы.

Кататонический ступор характеризуется застыванием, молчанием (мутизмом), негативизмом, которое выражается в моторном противодействии движениям, например намерению поднять руку, симптомом воздушной подушки (поднятая голова остается в таком же положении после устранения подушки), симптомом зубчатого колеса (толчкообразные разгибательные движения при попытке разогнуть руку), каталепсией (поднятая конечность застывает), симптомом Павлова (пациент отвечает на шепотную речь, но не отвечает на обычную).

Для галлюцинаторного ступора свойственны косвенные признаки галлюцинирования при внешней кататонической моторике.

Депрессивный ступор также может сопровождаться мутизмом и негативизмом, однако на лице — мимика печали, и есть анамнестические данные о развитии в начальном периоде депрессии.

Нарушения имитативности выражаются в эхोलалии (повторении слов собеседника) и эхопраксии (повторении движений). Данные симптомы отмечают при кататонии и лобных атрофиях (болезни Пика).

Двигательная недостаточность, или моторный инфантилизм, отмечают при эндокринной патологии, в результате депривации, например после длительного тюремного заключения, при фронтальной и экстрапирамидной недостаточности. Выражается в неловкости, лишние некоординированных движениях, неспособности совершать некоторые действия, например быстро бегать, прыгать, плавать или плавно писать.

1.3. Основные психопатологические синдромы

Синдром - совокупность симптомов, объединенных единым патогенезом. Из синдромов и их последовательного изменения складывается клиническая картина болезни и ее развитие.

Невротические (неврозоподобные) синдромы. Они отмечаются при неврастении, истерическом неврозе, неврозе навязчивых состояний. Неврозо-

подобные - при заболеваниях органического и эндогенного характера и соответствуют наиболее легкому уровню расстройств психики. Общим для всех невротических синдромов является наличие критики к своему состоянию, отсутствие выраженных явлений дезадаптации к обычным условиям жизни, сконцентрированность патологии в эмоционально-волевой сфере.

Астенический синдром - характеризуется заметным снижением психической активности, повышенной чувствительностью к обычным раздражениям (психическая гиперестезия), быстрой усталостью, затруднением протекания умственных процессов, недержанием аффекта при быстро наступающей усталости (раздражающая слабость). Наблюдается ряд соматических функциональных расстройств с вегетативными нарушениями.

Синдром навязчивых состояний (ананкастный синдром) - проявляется навязчивыми сомнениями, представлениями, воспоминаниями, разнообразными фобиями, навязчивыми действиями, ритуалами.

Истерический синдром - сочетание эгоцентризма, чрезмерной самосuggestивности с повышенной аффектацией и неустойчивостью эмоциональной сферы. Активное стремление к признанию со стороны окружающих путем демонстрации собственного преимущества или стремление вызвать сочувствие или жалость к себе. Переживаниям больных и поведенческим реакциям свойственно преувеличение, гиперболизация (заслуг или тяжести своего состояния), повышенная фиксация на болезненных ощущениях, демонстративность, манерность, преувеличения. Эту симптоматику сопровождают элементарные функциональные соматоневрологические реакции, которые легко фиксируются в психогенных ситуациях; функциональные нарушения двигательного аппарата (парезы, астазия-абазия), чувствительности, деятельности внутренних органов, анализаторов (глухонмота, афония).

Синдромы аффективных расстройств

Дисфория - ворчливо-раздражительное, злобное и угрюмое настроение с повышенной чувствительностью к любому внешнему раздражителю, агрессивность и взрывчатость. Сопровождается малообоснованными обвинениями окружающих, скандальностью, жестокостью. Нарушений сознания не бывает. Эквивалентами дисфории могут быть запои (дипсомания) или бесцельное блуждание (дромомания).

Депрессия – меланхолия, депрессивный синдром - суицидоопасное состояние, которое характеризуется угнетенным, подавленным настроением, глубокой печалью, унынием, тоской, идеаторной и двигательной заторможенностью, ажитацией (ажитированная депрессия). В структуре депрессии возможные депрессивные бредовые или сверхценные идеи (малоценности, никчемности, самообвинения, самоуничтожения), снижение влечения, витальное угнетение самоощущений.

Субдепрессия - нерезкий депрессивный аффект. Синдром Котара – нигилистически-ипохондрический бред в сочетании с идеями громадности. Наиболее часто встречается при инволюционной меланхолии, значительно реже – при рекуррентной депрессии. Имеются два варианта синдрома: ипохондрический –

характеризуется сочетанием тревожно-меланхолического аффекта с нигилистически-ипохондрическим бредом; депрессивный – характеризуется тревожной меланхолией с преимущественно депрессивными бредовыми идеями и идеями отрицания внешнего мира мегаломанического характера.

Маскированная (ларвированная) депрессия - характеризуется чувством общего неопределенного диффузного соматического дискомфорта, витальными сенестопатическими, алгическими, вегетодистоническими, агрипническими разладами, озабоченностью, нерешительностью, пессимизмом без четких депрессивных перемен аффекта. Часто встречается в соматической практике.

Мания (маниакальный синдром) - болезненно повышенное радостное настроение с усилением влечений и неутомимой деятельностью, ускорением мышления и речи, неадекватной радостью, веселостью и оптимизмом. Для маниакального состояния характерны отвлекаемость внимания, многоречивость, поверхностность суждений, незавершенность мыслей, гипермнезия, сверхценные идеи переоценки собственной личности, отсутствие утомляемости.

Гипомания - нерезко выраженное маниакальное состояние. Аффективные синдромы (депрессия и мания) являются наиболее распространенными психическими расстройствами и отмечаются в дебютах психических болезней, могут оставаться преобладающими расстройствами на всем протяжении течения болезни. Во время диагностики депрессий необходимо ориентироваться не только на жалобы больных: иногда жалобы на снижение настроения могут отсутствовать, и только целенаправленный расспрос выявляет подавленность, потерю интереса к жизни ("пресыщенность жизнью" - *taedium vitae*), снижение общей жизненной активности, скуку, грусть, тревожность и др. Кроме целенаправленного расспроса о собственно изменениях настроения важно проводить активное выявление жалоб соматического характера, которые могут маскировать депрессивную симптоматику, признаков симпатикотонии (сухость слизистых, кожи, склонность к запорам, тахикардии - т.н. "симпатикотонический симптомокомплекс Протопопова"), характерных для эндогенных депрессий.

Большое количество диагностически значимых признаков можно обнаружить при изучении внешности и поведения больных методом наблюдения: двигательная заторможенность или, наоборот, суетливость, ажитация, запущенность внешнего вида, характерные физические феномены - застывшее выражение тоски, депрессивная "омега" (складка между бровями в виде греческой буквы „омега”), складка Верагута (косая складка на верхнем веке). Физикальное и неврологическое обследование позволяет обнаружить объективные признаки симпатикотонии.

Параклинически уточнить характер депрессии позволяют такие биологические тесты как терапия трициклическими антидепрессантами, дексаметазоновый тест. Клинико-психопатологическое исследование с помощью стандартизированных шкал (шкала Зунга, Спилбергера) позволяют количественно оценить выраженность депрессии, тревоги.

Галлюцинаторные и бредовые синдромы

Синдром галлюциноза - наплывы вербальных галлюцинаций типа разных "голосов" (разговоров) на фоне относительного сохранения сознания.

Паранойяльный синдром - первичный систематизированный бред (ревности, реформаторства, "борьбы за справедливость" и др.), отличается правдоподобием фабулы, системой доказательств "правильности" своих утверждений, принципиальной невозможностью их коррекции. Поведение больных при реализации этих идей отличается стеничностью, упорством (бредовое поведение). Нарушений восприятия не бывает.

Параноидный синдром - характеризуется вторичным чувственным бредом (преследования, отношений, воздействия), возникает остро, на фоне эмоциональных расстройств (страх, тревога) и нарушений восприятия (иллюзии, галлюцинации). Бред несистематизированный, непоследовательный, может сопровождаться импульсивными немотивированными поступками и действиями.

Синдром психического автоматизма Кандинского-Клерамбо состоит из псевдогаллюцинаций, бредовых идей воздействия и разных психических автоматизмов, убежденности в беспристрастности, произвольности возникновения, субъективном принуждении, насильственности психических процессов (мышления, речи и т.п.).

Парафренный синдром - сочетание бессмысленных бредовых идей величия фантастического содержания с явлениями психического автоматизма, галлюцинациями, эйфорией. Для выявления галлюцинаторно-бредовых расстройств важно не только учитывать спонтанные жалобы больных, но и уметь вести целенаправленный расспрос, который позволяет уточнить характер болезненных переживаний. Объективные признаки галлюцинаций, бредовое поведение, которое выявлено при наблюдении, существенным образом дополняют клиническое впечатление.

Синдромы нарушенного сознания

Всем синдромам нарушенного сознания присущ ряд общих черт, впервые описанных К. Ясперсом:

1. Отчужденность от окружающего, нечеткое, отрывочное его восприятие.
2. Дезориентировка во времени, месте, ситуации, а в наиболее трудных случаях и в собственной личности.
3. Более или менее выраженная бессвязность мышления со слабостью или невозможностью суждений и речевыми нарушениями.
4. Полная или частичная амнезия периода расстройства сознания.

Кома - полное выключение сознания с потерей условных и безусловных рефлексов, отсутствием активной деятельности.

Сопор – помрачение сознания с сохранностью оборонительных и других безусловных реакций.

Оглушение - относительно легкая форма помрачения сознания. Характеризуется нечетким ориентированием в окружающем, резким повышением порога для всех внешних раздражителей, замедлением и затруднением психической деятельности.

Обнубиляция - легкое помрачение сознания при сохранности всех видов ориентирования и способности осуществлять обычные действия, при этом возникают затруднения в осмыслении сложности ситуации, содержания происходящего, содержания чужого речи.

Делириозный синдром - форма спутанного сознания, которая характеризуется дезориентировкой в месте, времени и ситуации, наплывом ярких истинных зрительных галлюцинаций, зрительных иллюзий и парейдолий, чувством страха, образным бредом и двигательными нарушениями. Делирий сопровождается вегетативными расстройствами.

Аментивный синдром - форма спутанного сознания с резким угнетением психической активности, полным дезориентировкой, фрагментарностью восприятия, невозможностью осмыслить ситуацию, беспорядочной двигательной активностью, последующей полной амнезией пережитого.

Онейроидный (сноподобный) синдром - форма спутанного сознания с наплывом произвольно возникающих фантастических сноподобно-бредовых представлений; сопровождается частичной или полной отчужденностью от окружающего, расстройством самосознания, депрессивным или маниакальным аффектом, признаками кататонии, сохранением в сознании содержания переживаний при амнезии окружающего.

Сумеречный синдром - характеризуется резким сужением объема сознания и полным дезориентировкой. Непродуктивное сумеречное состояние проявляется в осуществлении ряда обычных автоматизированных и внешне упорядоченных действий в несоответствующей для этого ситуации в состоянии бодрствования (амбулаторный автоматизм) и во время сна (сомнамбулизм). Продуктивные сумерки отличаются наплывом истинных чрезвычайно устрашающих галлюцинаций, аффектом страха и злости, разрушительными действиями и агрессией.

Синдромы, обусловленные грубоорганической патологией мозга

Судорожный синдром - проявляется разнообразными генерализованными и фокальными припадками (внезапно наступающие, быстро проходящие состояния с нарушением сознания вплоть до его потери и судорожных произвольных движений). В структуру судорожного синдрома нередко вплетаются более или менее выраженные изменения (снижения) личности и интеллекта.

Корсаковский амнестический синдром - характеризуется полной потерей способности запоминать текущие события, амнестической дезориентировкой, перекручиваниями памяти при относительной сохранности памяти на прошлое и диффузное снижение всех компонентов психического функционирования.

Психоорганический синдром - более или менее выраженное состояние общей психической беспомощности со снижением памяти, ослаблением понимания, недержанием аффекта (триада Вальтер-Бюэля).

Синдромы интеллектуального дефекта

Умственная отсталость - врожденное тотальное психическое недоразвитие с преобладающей недостаточностью интеллекта. Степени: легкая, умерен-

ная, тяжелая, глубокая умственная отсталость.

Дементный синдром - приобретенный стойкий дефект интеллекта, который характеризуется неспособностью приобретения новых и потерей ранее приобретенных знаний и навыков.

Лакунарное (дисмнестическое) слабоумие - ячеистый интеллектуальный дефект с частичной сохранностью критики, профессиональных навыков и "ядра личности".

Тотальное слабоумие - нарушение всех компонентов интеллекта с отсутствием критики и распадом „ядра личности" (морально-этических свойств).

Маразм психический - крайняя степень распада психики с угасанием всех видов психической деятельности, потерей языка, беспомощностью.

Синдромы с преимущественно двигательными расстройствами. Апатико-абулический синдром - сочетание безразличия (апатии) и значительного ослабления побуждений к деятельности (абулии).

Кататонический синдром - проявляется в виде кататонического ступора или в виде стереотипного импульсивного возбуждения. Во время ступора больные застывают в неподвижном состоянии, повышается мышечный тонус (ригидность, каталепсия), проявляется негативизм, речь и эмоциональные реакции отсутствуют. Во время возбуждения отмечается бессмысленное, нелепое, дурашливое поведение с импульсивными поступками, речевые нарушения с явлениями разорванности, гримасничания, стереотипии.

ГЛАВА 2. ОЦЕНКА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

2.1. Определение уровней интеллектуального развития детей при помощи методики «Нарисуй человека»

Оценку уровня развития интеллекта у детей произвести, используя методику «Нарисуй человека». Процедура тестирования сама по себе выгодно отличается от традиционной. Графическая деятельность – рисование для ребёнка естественна, она близка ему и понятна и не требует от него исключительных волевых и интеллектуальных усилий. Когда ребёнок решает задачи какого-либо теста, то он понимает, что поставлен в ситуацию проверки и оценки. Это создаёт повышенное нервно-психическое напряжение. Что же касается рисования, то оно носит для ребёнка скорее игровой характер и не вызывает тревожных переживаний.

Важно, что формализованная процедура обработки полученного материала чётко регламентирована 73 критериями. Поэтому интерпретация одного и того же материала разными экспертами даёт практически одинаковый результат. То есть, точно соблюдая инструкцию при обработке данных, можно быть уверенным, что полученный результат будет весьма объективным.

При выполнении большинства традиционных тестов неверное решение задачи, снижающее оценку интеллектуальных способностей ребёнка, может объясняться тем, что испытуемый неправильно понял инструкцию. При выполнении теста «Нарисуй человека» данное затруднение не возникает. Инструкция элементарна, понятна даже ребёнку раннего возраста и не может быть неправильно истолкованной.

И, наконец, выбор данного теста обусловлен также тем, что он довольно точно оценивает уровень умственного развития, причём в достаточной степени независимо от уровня усвоенных знаний и умений, в том числе и навыков рисования. Тест делает акцент на детальность изображения, которая позволяет выявить представление ребёнка о предмете, то есть оценить понятийное мышление.

Процедура тестирования:

Ребёнку выдаётся лист белой бумаги и один простой карандаш. Его просят как можно лучше нарисовать человека в полный рост. Оценка рисунка производится по 73 признакам. За выполнение каждого пункта начисляется 1 балл, за несоответствие критерию – 0 баллов. В итоге подсчитывается сумма баллов.

1. Голова. Засчитывается любое достаточно ясное изображение головы независимо от формы (окружность, неправильная окружность, овал). Черты лица, не обведенные контуром головы, не засчитываются.

2. Шея. Засчитывается любое ясное изображение данной части тела, отличной от головы и туловища. Прямое сочленение головы и туловища не засчитывается.

3. Шея, два измерения. Очертание шеи, не прерываясь, переходит в очертания головы, туловища или того или другого одновременно. Линия шеи должна плавно переходить в линию головы или туловища. Изображение шеи в виде одной линии или «столбика» между головой и туловищем не засчитывается.

4. Глаза. Нарисован хотя бы один глаз; любой способ изображения признается удовлетворительным. Засчитывается даже единственная неопределенная черточка, иногда встречающаяся в рисунках совсем маленьких детей.

5. Детали глаза: брови, ресницы. Показаны брови или ресницы, или то и другое одновременно.

6. Детали глаза: зрачок. Любое явное указание на зрачок или радужную оболочку, помимо контура глаза. Если показаны два глаза, должны присутствовать оба признака.

7. Детали глаза: пропорции. Размер глаза по горизонтали должен превосходить размер по вертикали. Это требование должно быть соблюдено в изображении обоих глаз, но если нарисован только один глаз, то достаточно и этого. Иногда в профильных рисунках высокого уровня глаз показан с учетом перспективы.

8. Детали глаза: взгляд. Анфас: глаза явно «смотрят». Не должно быть ни конвергенции, ни дивергенции зрачков ни по горизонтали, ни по вертикали.

Профиль: глаза должны быть показаны либо как в предшествующем пункте, либо, если сохранена обычная миндалевидная форма, зрачок должен быть

помещен в передней части глаза, а не в центре. Оценка должна быть строгой.

9. Нос. Любой способ изображения носа. В «смешанных профилях» очко засчитывается, даже если нарисовано два носа.

10. Нос, два измерения. Анфас: засчитывается любая попытка нарисовать нос двумерным, если длина носа больше ширины его основания.

Профиль: засчитывается любая самая примитивная попытка показать нос в профиль при условии, что изображено основание носа и его кончик. Простая «пуговица» не засчитывается.

11. Рот. Любое изображение.

12. Губы, два измерения. Анфас: ясно изображены две губы.

13. Нос и губы, два измерения. Дается дополнительное очко, если выполнены пункты 10 и 12.

14. Подбородок и лоб. Анфас: должны быть нарисованы оба глаза и рот, оставлено достаточное место над глазами и подо ртом для лба и подбородка. Оценка не очень строгая. Там, где шея переходит в лицо, имеет значение расположение рта по отношению к сужающейся нижней части головы.

15. Подбородок. Четко отделен от нижней губы. Анфас: форма подбородка должна быть выделена каким-либо способом: например, кривой линией, проходящей ниже рта или губ, или всей формой лица. Борода, закрывающая данную часть лица, не позволяет начислить очко по данному пункту.

16. Показана линия челюсти. Анфас: поперек шеи проходит линия челюсти и подбородка, причем она не должна быть квадратной формы. Шея должна быть достаточно широкой, а подбородок достаточно заостренным, чтобы линия челюсти образовывала острый угол с линией шеи. Оценка строгая. Профиль: линия челюсти идет по направлению к уху.

17. Переносица. Анфас: нос имеет правильную форму и правильно расположен. Должно быть показано основание носа, а переносица должна быть прямой. Важно расположение верхней части переносицы — она должна доходить до глаз или заканчиваться между ними. Переносица должна быть уже основания.

18. Волосы I. Засчитывается любое, даже самое грубое изображение волос.

19. Волосы II. Волосы показаны не просто мазней или каракулями. Одна только линия волос на черепе без каких-либо попыток закрасить их не засчитывается. Очко дается, если ребенок предпринял попытку хоть как-то закрасить волосы или показать их волнистый контур.

20. Волосы III. Любая явная попытка показать стрижку или фасон, используя челку, баки или линию прически у основания. Когда нарисован человек в головном уборе, очко засчитывается, если волосы на лбу, за ухом или сзади указывают на наличие определенной прически.

21. Волосы IV. Тщательное изображение волос; показано направления прядей. Пункт 21 никогда не засчитывается, если рисунок ребенка не удовлетворяет требованиям пункта 20. Это признак более высокого ранга.

22. Уши. Любое изображение ушей.

23. Уши: пропорции и расположение. Вертикальный размер уха должен

превышать его горизонтальный размер. Уши должны быть расположены примерно в средней трети вертикального размера головы.

Анфас: верхняя часть уха должна отходить от линии черепа, оба уха должны расширяться в сторону основания.

Профиль: должна быть показана какая-нибудь деталь уха, например, слуховой канал может быть изображен точкой. Ушная раковина должна расширяться в сторону затылка.

Примечание: некоторые дети, особенно умственно отсталые, имеют тенденцию рисовать ухо как бы перевернутым — расширяющимся в сторону лица. В таких рисунках очко никогда не засчитывается.

24. Пальцы. Любые признаки пальцев помимо руки или кисти. В рисунках детей постарше, имеющих склонность делать эскизные изображения, этот пункт засчитывается при наличии любого признака пальцев.

25. Показано правильное количество пальцев. Если нарисованы две кисти, необходимо, чтобы на обеих было по 5 пальцев. В «эскизных» рисунках более старших детей очки засчитываются, даже если нельзя четко разглядеть все пять пальцев.

26. Правильные детали пальцев. «Виноградины» или «палочки» не засчитываются. Длина пальцев должна отчетливо превышать их ширину. В более сложных рисунках, где кисть показана в перспективе или пальцы намечены лишь эскизно, очко засчитывается. Очко дается также в случаях, когда из-за того, что руки сжаты в кулаки, показаны только суставы или части пальцев. Последнее встречается только в рисунках высшей сложности, где большое значение имеет перспектива.

27. Противопоставление большого пальца. Пальцы нарисованы так, что видно явное отличие большого пальца от остальных. Оценка должна быть строгой. Очко засчитывается и в том случае, когда большой палец явно короче всех остальных, или когда угол между ним и указательным пальцем не меньше чем в два раза превышает угол между любыми двумя пальцами, либо если точка прикрепления большого пальца к кисти находится значительно ближе к запястью, чем у других пальцев. Если изображены две руки, перечисленные выше условия должны соблюдаться на обеих руках. Если нарисована одна рука, то при соблюдении указанных условий очко засчитывается. Пальцы должны быть показаны обязательно; рука в виде варежки не засчитывается, если только не очевидно (или установлено в последующей беседе), что ребенок изобразил человека в зимней одежде.

28. Кисти. Любое изображение кисти, не считая пальцев. Если имеются пальцы, то между основанием пальцев и краем рукава или манжета должно быть пространство. Где нет манжет, кисть должна как-либо расширяться, изображая ладонь или тыльную сторону руки, в отличие от запястья. Если нарисованы обе руки, этот признак должен иметься на обеих. Пример крайнего случая, засчитываемого положительно:

29. Нарисовано запястье или лодыжка. Либо запястье, либо лодыжка нарисованы явно отдельно от рукава или брючины. Здесь недостаточно линии,

нарисованной поперек конечности и показывающей край рукава или брючины (это засчитывается в пункте 55).

30. Руки. Любой способ изображения рук. Одних только пальцев недостаточно, но очко засчитывается, если между основанием пальцев и той частью тела, к которой они присоединены, оставлено место. Количество рук также должно быть правильным, за исключением рисунков в профиль, когда можно засчитать и одну руку.

31. Плечи I. Анфас: изменение направления очертания верхней части туловища, которое производит впечатление вогнутости, а не выпуклости. Этот признак оценивается довольно строго. Обычная овальная форма никогда не засчитывается, оценка всегда отрицательная, если только не очевидно, что это указание на резкое расширение туловища ниже шеи, которое образуется лопаткой и ключицей. Туловище четкой квадратной или прямоугольной формы не засчитывается, но если углы закруглены, очко дается.

Профиль: оценка должна быть несколько мягче, чем в рисунках анфас, так как правильно изобразить плечи в профиль значительно труднее. Правильным можно считать рисунок, на котором в профиль изображена не только голова, но и туловище. Очко засчитывается, если линии, образующие очертания верхней части туловища, расходятся друг от друга у основания шеи, показывая расширение грудной клетки.

32. Плечи II. Анфас: оценивается строже, чем предшествующий признак. Плечи должны непрерывно переходить в шею и руки, должны быть «квадратными», а не свисающими. Если рука отведена от туловища, должна быть показана подмышка.

Профиль: плечо должно быть присоединено в правильном месте. Рука должна быть изображена двумя линиями.

33. Руки сбоку или чем-то заняты. Анфас: маленькие дети часто рисуют руки жестко отставленными от туловища. Очко засчитывается, если хотя бы одна рука, нарисованная сбоку, образует с общей вертикальной осью туловища угол не больше 10° , если только руки не заняты чем-либо, например держат какой-нибудь предмет. Очко засчитывается, если руки нарисованы засунутыми в карманы, на бедрах («руки в боки») или заложенными за спину.

Профиль: очко засчитывается, если руки заняты какой-либо работой или вся рука поднята.

34. Локтевой сустав. В середине руки должен быть не плавный, а резкий изгиб. Достаточно на одной руке. Изгиб и складки рукава засчитываются.

35. Ноги. Любой способ изображения ног. Число ног должно быть правильным. В профильных рисунках может быть либо одна, либо две ноги. При оценке надо исходить из здравого смысла, а не только из чисто формального признака. Если нарисована только одна нога, но эскизно намечена промежуточность, очко засчитывается. С другой стороны, три и более ног на рисунке или только одна нога без какого-либо оправдания отсутствия второй не считается. Одна нога, к которой присоединены две ступни, оценивается положительно. Ноги могут присоединяться к любой части фигуры.

36. Бедро I (промежность). Анфас: показана промежность. Чаще всего она изображается внутренними линиями ног, встречающимися в точке соединения с телом. (Маленькие дети обычно помещают ноги как можно дальше друг от друга. Такой способ изображения по данному пункту очка не получает.)

Профиль: если нарисована только одна нога, то должно быть передано очертание ягодицы.

37. Бедро II. Бедро должно быть изображено точнее, чем это необходимо для получения очка в предшествующем пункте.

38. Коленный сустав. Так же, как и в локте, должен иметь место резкий (а не плавный) изгиб приблизительно в середине ноги или, что иногда встречается в рисунках очень высокой сложности, сужение ноги в этой точке. Брюки длинной по колено — признак недостаточный. Складка или штрихи, показывающие колено, оцениваются положительно.

39. Ступни I. Любое изображение. Засчитывается изображение ступни любым способом: две ступни анфас, одна или две ступни в профильном рисунке. Маленькие дети могут изображать ступни, присоединяя носки к нижней части ноги. Это засчитывается.

40. Ступни II. Пропорции. Ступни и ноги должны быть показаны в двух измерениях. Ступни должны быть не «обрубленными», т.е. длина ступни должна превышать ее высоту от подошвы до подъема. Длина ступни не должна превышать 1/3 от общей длины всей ноги и не должна быть меньше 1/10 общей длины ноги. Очко засчитывается в рисунках анфас, где ступня показана большей в длину, чем в ширину.

41. Ступня III. Пятка. Любой способ изображения пятки. На рисунках анфас признак засчитывается формально, когда ступни изображены так, как показано на рисунке (при условии, что имеется некая разделительная линия между ногой и ступней). В профильных рисунках должен быть показан подъем.

42. Ступня IV. Перспектива. Попытка соблюдения ракурса по крайней мере для одной ступни.

43. Ступня V. Детали. Любая деталь, например шнурки, завязки, ремешки или подошва ботинка, изображенная двойной линией.

44. Соединение рук и ног с туловищем I. Обе руки и обе ноги присоединены к туловищу в любой точке, или руки присоединены к шее либо к месту соединения головы с туловищем (когда нет шеи). Если отсутствует туловище, оценка всегда ноль. Если ноги присоединены не к туловищу, а к чему-нибудь еще, независимо от присоединения рук, оценка ноль.

45. Присоединение рук и ног II. Руки и ноги присоединены к туловищу в соответствующих местах. Очко не засчитывается, если присоединение руки занимает половину или больше грудной клетки (от шеи до талии). Если нет шеи, руки должны присоединяться точно к верхней части туловища.

Анфас: если присутствует признак 31, то место присоединения должно приходиться точно на плечи. Если по признаку 31 ребенок получил ноль, то точка присоединения должна приходиться точно на то место, где должны быть нарисованы плечи. Оценка строгая, особенно при отрицательной оценке по

пункту 31.

46. Туловище. Любое четкое изображение туловища в одном или двух измерениях. Там, где никакого явного различия между головой и туловищем нет, но черты лица показаны в верхней части этой фигуры, очко засчитывается, если черты лица занимают не больше половины фигуры; в противном случае оценка ноль (если только нет поперечной черты, показывающей нижнюю границу головы). Любая фигура, нарисованная между головой и ногами, засчитывается как туловище, даже если ее размер и форма скорее напоминают шею, чем туловище. (Это правило основано на том, что многие дети, в рисунках которых имеется такая особенность, в ответ на соответствующий вопрос называют данную часть туловищем). Ряд пуговиц, идущий вниз между ногами, оценивается как ноль по признаку туловища, но как очко по признаку одежды, если только поперечная линия не показывает границы туловища.

47. Пропорциональность туловища: два измерения. Длина туловища должна превышать его ширину. Измеряется расстояние между точками наибольшей длины и наибольшей ширины. Если оба расстояния одинаковы или настолько близки, что разница между ними трудно определима, — оценка ноль. В большинстве случаев разница достаточно велика и ее можно определить на глаз, без измерения.

48. Пропорции: голова I. Площадь головы должна быть не больше половины и не меньше $1/10$ площади туловища. Оценка довольно мягкая. См. ниже серии стандартных форм, среди которых первая фигура в 2 раза больше второй по площади.

49. Пропорции: голова II. Голова составляет приблизительно $1/4$ площади туловища. Оценка строгая: не засчитывается, если больше $1/3$ и меньше $1/5$. Там, где не показана промежность, как, например, в некоторых профильных рисунках, принимается пояс или талия примерно на уровне $2/3$ низа общей длины туловища.

50. Пропорции: лицо. Анфас: длина головы больше ее ширины; должна быть показана общая овальная форма.

Профиль: голова имеет явно удлиненную, продолговатую форму. Лицо длиннее основания черепа.

51. Пропорции: руки I. Руки по крайней мере равны длине туловища. Кончики кистей достигают середины бедра, но не колена. Кисти не обязательно доходят до (или ниже) промежности, особенно если ноги необычно короткие. На рисунках анфас обе руки должны иметь такую длину. Оценивается относительная длина, а не положение рук.

52. Пропорции: руки II. Коническая форма рук. Предплечье уже верхней части руки. Засчитывается любая попытка сузить предплечье, если только это не делается прямо у талии. Если целиком нарисованы две руки, сужения должны быть на обеих.

53. Пропорции: ноги. Длина ног должна быть не меньше вертикального размера туловища и не больше двойного размера туловища. Ширина каждой ноги меньше ширины туловища.

54. Пропорции: конечности в двух измерениях. Обе руки и ноги показаны в двух измерениях. Если руки и ноги двумерные — очко засчитывается, даже если кисти и ступни изображены линейно.

55. Одежда I. Любые признаки изображения одежды. Как правило, наиболее ранние способы представляют собой ряд пуговиц, идущих вниз к центру туловища, или шляпу, или и то и другое вместе. Засчитывается даже что-либо одно. Одна точка или маленький кружочек в центре туловища практически всегда означает пупок и не засчитывается как элемент одежды. Серия вертикальных или горизонтальных линий, нарисованных поперек туловища (а иногда и поперек конечностей), представляет собой самый распространенный способ изображения одежды. За это дается очко. Также засчитываются черточки, которые могут быть расценены как указание на карманы или манжеты.

56. Одежда II. Наличие по крайней мере двух непрозрачных предметов одежды, таких, как шляпа, брюки и т.п., скрывающих часть тела, которую они покрывают. При оценке рисунка по данному пункту следует иметь в виду, что если шляпа просто чуть-чуть касается верха головы, но не покрывает никакой ее части, очко не засчитывается. Одни только пуговицы без каких-либо других указаний на признаки одежды (например, пальто, пиджак) не засчитываются. Пальто должно быть изображено с помощью двух следующих признаков: рукава, воротник или линия горлового выреза, пуговицы, карманы. В изображении брюк должны быть: пояс, ремень, застежка, карманы, манжеты или любой способ разграничения ступни и ноги от низа брючины. Изображение ступни как продолжения ноги не засчитывается, если линия поперек ноги — единственный признак, указывающий на различие ступни и лодыжки.

58. Одежда III. В рисунке нет прозрачных элементов одежды. И рукава, и брюки должны быть показаны отдельно от запястий рук и ступней ног.

58. Одежда IV. Нарисовано по крайней мере четыре предмета одежды. Предметы одежды могут быть следующими: шляпа, туфли, пальто, пиджак, рубашка, воротник, галстук, ремень, брюки, жакет, футболка, рабочий халат, носки.

Примечание. На туфлях должны присутствовать некоторые детали — шнурки, ремешки или подошва, изображенная двойной линией. Одного только каблука недостаточно. У брюк должны иметь место некоторые детали, такие, как застежка, карманы, манжеты. У пальто, пиджака или рубашки должны быть показаны воротник, карманы, лацканы. Одних только пуговиц недостаточно. Воротник не следует путать с шеей, изображенной как простая вставка. Галстук часто довольно незаметен, его наличие уточняется при внимательном рассмотрении или в ходе беседы.

59. Одежда V. Полный костюм без каких-либо нелепостей (несовместимых предметов, деталей). Это может быть и «форма» (не только военная форма, но и, например, ковбойский костюм) или повседневный костюм. Во втором случае костюм должен быть безупречным. Это «поощрительный» дополнительный пункт, и, следовательно, здесь должно быть показано больше, чем в пункте 58.

60. Профиль I. Голова, туловище и ноги в профиль должны быть показаны

без ошибок. Туловище не считается нарисованным в профиль, если центральная линия пуговиц не сдвинута от середины фигуры в бок туловища или если нет других указаний, например, в виде соответствующего положения рук, карманов, галстука. В целом рисунок может содержать одну (но не более) из следующих трех ошибок: 1) прозрачность тела — контур туловища виден сквозь руку; 2) ноги нарисованы не в профиль; в полном профиле по крайней мере верхняя часть одной ноги должна быть закрыта другой ногой, которая ближе; 3) руки присоединены к контуру спины и протянуты вперед.

61. Профиль II. Фигура должна быть показана в профиль абсолютно правильно, без ошибок и случаев прозрачности.

62. Анфас. Включает частичный профиль, когда рисующий пытается показать фигуру в перспективе. Все основные части тела на своих местах и соединены правильно, за исключением частей, скрытых перспективой или одеждой. Существенные детали: ноги, руки, глаза, нос, рот, уши, шея, туловище, ладони (кисти), ступни. Ступни должны быть изображены в перспективе, но не в профиль, если только они не вывернуты в разные стороны. Части должны быть показаны двумерными.

63. Двигательная координация в рисовании линий. Посмотрите на длинные линии рук, ног и туловища. Линии должны быть твердыми, уверенными и без случайных изгибов. Если в целом линии производят впечатление твердых, уверенных и свидетельствуют о том, что ребенок контролирует движения карандаша, очко засчитывается. Рисунок может быть весьма неумелым, и все же очко должно быть засчитано. Несколько длинных линий может быть обведено или стерто. Линии на рисунке не обязательно должны быть очень ровными и плавными. Маленькие дети иногда пытаются «раскрашивать» рисунок. Внимательно изучите основные линии рисунка. Дети постарше часто пользуются эскизным, отрывочным методом, легко отличимым от неуверенных линий, возникающих вследствие незрелой координации.

64. Двигательная координация в рисовании соединений. Посмотрите на точки соединения линий. Линии должны встречаться точно, без явной тенденции к пересечению или наложению и без промежутка между ними (рисунок с несколькими линиями оценивается строже, чем рисунок с частыми сменами направления линий). Эскизный, отрывистый рисунок обычно засчитывается, несмотря на то что соединения линий здесь могут быть неопределенными, так как эта особенность присуща почти исключительно рисункам зрелого типа. Допускаются некоторые подтирания.

65. Высшая двигательная координация. Это «поощрительный», дополнительный пункт за умелое владение карандашом как в рисовании деталей, так и в рисовании основных линий. Обратите внимание на мелкие детали, а также на характер основных линий. Все линии должны быть нарисованы твердо, с правильными соединениями. Прорисовка карандашом тонких деталей (черт лица, мелких деталей одежды

и т.п.) указывает на хорошую регуляцию движений карандаша. Оценка должна быть очень строгой. Перерисовка или подтирание аннулируют очко за

этот пункт.

66. Направление линии и форма: контур головы (качество линий в рисовании форм). Контур головы должен быть нарисован без явных признаков непровольных отклонений. Очко засчитывается только в тех рисунках, где форма достигается без неправильных предварительных попыток (круг, эллипс). В профильных рисунках простой овал, к которому присоединен нос, не засчитывается. Оценка должна быть достаточно строгой, то есть контур лица должен быть нарисован единой линией, а не по частям.

67. Качество линий в рисовании форм: контур туловища. То же, что и в предыдущем пункте, но для туловища. Следует обратить внимание, что примитивные формы (палочка, круг или эллипс) не засчитываются. Линии туловища должны указывать на попытку намеренно отойти от простой яйцеобразной формы.

68. Качество линий в рисовании форм: руки и кисти. Руки и ноги должны быть нарисованы без нарушений формы, как в предыдущем пункте, без тенденции к сужению в местах соединения с телом. И руки, и ноги должны быть изображены двумерными.

69. Качество линий в рисовании форм: черты лица. Черты лица должны быть полностью симметричны. Глаза, нос и рот должны быть показаны двумерными.

Анфас: черты лица должны быть размещены правильно и симметрично, должны ясно передавать вид человеческого лица.

Профиль: контур глаза должен быть правильным и расположен в передней трети головы. Нос должен образовывать тупой угол со лбом. Оценка строгая, «карикатурный» нос не засчитывается.

70. «Эскизная» техника. Линии, образованные хорошо регулируемые короткими штрихами. Повторное обведение отрезков длинных линий не засчитывается. «Эскизная» техника встречается в работах некоторых старших детей и почти никогда не встречается у детей младше 11–12 лет.

71. Особая прорисовка деталей. С помощью особых линий или штриховки должно быть изображено что-то (одно или более) из следующего перечня: складки одежды, морщинки или фалды, выделка ткани, волосы, ботинки, расцветка или предметы фона.

72. Движение рук. Фигура должна выражать свободу движений в плечах и локтях. Достаточно при изображении одной руки. «Руки в боки» или руки в карманах не засчитываются, если видны и плечи, и локти. Какие-либо действия не обязательны.

73. Движение ног. Свобода движений и в коленях, и в бедрах фигуры.

Для детей 5-летнего возраста значение теста 6–16 баллов соответствует нормальному уровню развития, для детей 6 лет – 7–19 баллов, для 7-летних дошкольников – 9–23 баллов. Превышение нормальных значений теста в каждой возрастной группе свидетельствует о высоком умственном развитии ребёнка.

После ознакомления с методикой необходимо выполнить измерение уровня интеллектуального развития у дошкольников и вписать полученные значения в таблицу 1.

Таблица 1

Уровни интеллектуального развития у дошкольников				
Показатель	Баллы	Уровень развития		
		высокий	средний	низкий
Уровень интеллектуального развития				

2.2. Оценка личностных особенностей детей при помощи методики «Несуществующее животное»

Для исследования личностных особенностей и эмоционального состояния детей в психологии часто используется методика «Несуществующее животное».

Ребёнку выдаётся лист формата А4, простые и цветные карандаши, ластик. Его просят придумать и нарисовать животное, которое никогда раньше не существовало и не существует в настоящее время, дать ему название. По окончании рисования исследователь предлагает ответить на вопросы: «Где живёт?», «Чем питается?», «Какое оно по характеру?», «Что оно любит?» и т.д. Анализ данных проводится путём интерпретации рисунка и особенностями рассказа ребёнка.

Ознакомившись с методикой, необходимо произвести интерпретацию результатов, определить личностные особенности у ребёнка:

1) **Уровень самооценки** оценивается по расположению «несуществующего животного» на рисунке: при нормальной самооценке животное находится в центре листка. Нахождение животного ближе к верхнему краю листа указывает на высокую самооценку, недовольство своим положением в обществе, недостаточным признанием со стороны окружающих, тенденцией к самоутверждению. Положение рисунка в нижней части листа свидетельствует о неуверенности в себе, низкой самооценке, часто сочетается с подавленностью, нерешительностью, незаинтересованностью в своем положении в социуме и отсутствием тенденции к самоутверждению.

2) **Активность, деятельность** ребёнка устанавливается по положению головы: если она повернута вправо - устойчивая тенденция к деятельности, ответственности. Испытуемый активно переходит к реализации своих планов, наклонностей. Когда голова повернута влево - тенденция к рефлексии, к размышлениям. Это не человек действия. Нередко боязнь перед активным действием и нерешительность – пассивность. Положение "анфас", т.е. голова направлена на рисующего указывает на эгоцентризм.

3) **Любознательность** оценивают по наличию ушей у нарисованного животного, это также означает и значимость мнения окружающих о себе.

4) Приоткрытый рот в сочетании с языком при отсутствии прорисовки губ - большая речевая активность - **болтливость**, в сочетании с прорисовкой губ - **чувственность**; иногда и то, и другое вместе. Открытый рот без прорисовки языка и губ, особенно зачерченный - легкость возникновения опасений и страхов, недоверия.

5) Рот с зубами - вербальная **агрессивность**, в большинстве случаев - защитная (огрызается, задирается, грубит в ответ на обращение к нему отрицательного свойства, осуждение, порицание). Для детей и подростков характерен рисунок зачерченного рта округлой формы (**боязливость, тревожность**).

6) Глаза могут символизировать присущее человеку переживание страха – **боязливость** - это подчеркивается резкой прорисовкой радужки. Наличие ресниц указывает на истероидно-демонстративные манеры поведения, а также заинтересованность в восхищении окружающих внешней красотой и манерой одеваться, придание этому большого значения.

7) Относительно большой размер головы может свидетельствовать о том, что испытуемый ценит рациональное начало – **эрудированность** в себе и окружающих.

8) Наличие на голове рогов, на лапах – когтей, на теле – щетины, игл – всё это указывает на **агрессию**.

9) Украшающие детали на животном свидетельствуют о **демонстративности**, склонности обращать на себя внимание окружающих, манерности.

10) **Общая энергия**. Данная личностная особенность оценивается по количеству изображенных деталей — только ли необходимое количество, чтобы дать представление о придуманном несуществующем животном (тело, голова, конечности или тело, хвост, крылья и т.п.): с заполненным контуром, без штриховки и дополнительных линий и частей, просто примитивный контур, — или имеет место щедрое изображение не только необходимых, но усложняющих конструкцию дополнительных деталей. Соответственно, чем больше составных частей и элементов (помимо самых необходимых), тем выше энергия. В обратном случае — экономия энергии, **астеничность** организма, хроническое соматическое заболевание (то же самое подтверждается характером линии — слабая паутинообразная линия, "возит карандашом по бумаге", не нажимая на него).

11) Тематически животные делятся на угрожаемых, угрожающих и нейтральных (подобия льва, бегемота, волка или птицы, улитки, муравья, либо белки, собаки, кошки). Это отношение к собственной персоне и к своему "Я", представление о собственном положении в мире, как бы идентификация себя по значимости (с зайцем, букашкой, слоном, собакой и т.д.). В данном случае рисуемое животное — представитель самого рисующего.

Об инфантильности, эмоциональной незрелости свидетельствует уподобление рисуемого животного человеку, начиная с постановки животного в положение прямохождения на две лапы, вместо четырех или более, и заканчивая одеванием животного в человеческую одежду (штаны, юбки, банты, пояса, платье), включая похожесть морды на лицо, ног и лап на руки.

Степень агрессивности выражается количеством, расположением и характером углов в рисунке, независимо от их связи с той или иной деталью изображения. Особенно весомы в этом отношении прямые символы агрессии — когти, зубы, клювы.

Фигура круга (особенно — ничем не заполненного) символизирует и выражает тенденцию к скрытности, замкнутость, закрытость своего внутреннего мира, нежелание давать сведения о себе окружающим, наконец, нежелание подвергаться тестированию. Такие рисунки обычно дают очень ограниченное количество данных для анализа.

Творческие возможности анализируются количеством сочетающихся в фигуре элементов: банальность, отсутствие творческого начала принимают форму "готового", существующего животного (люди, лошади, собаки, свиньи, рыбы), к которому лишь приделывается "готовая" существующая деталь, чтобы нарисованное животное стало несуществующим — кошка с крыльями, рыба с перьями, собака с лапами и т.п. Оригинальность выражается в форме построения фигуры из элементов, а не целых заготовок.

Важное значение имеет название нарисованного животного. Оно может выражать рациональное соединение смысловых частей (летающий заяц, "бегекот"). Встречаются названия поверхностно-звуковые без всякого осмысления ("лялие", "лиошана", "гратекер" и т.п.), знаменующие легкомысленное отношение к окружающим, неумение учитывать сигнал опасности, наличие аффективных критериев в основе мышления, перевес эстетических элементов в суждениях над рациональными.

Наблюдаются иронически-юмористические названия ("риночурка", "пузыренд" и т.п.) — при соответственно иронически-снисходительном отношении к окружающим. Инфантильные названия имеют обычно повторяющиеся элементы ("тру-тру", "лю-лю", "кус-кус" и т.п.). Склонность к фантазированию (чаще защитного порядка) выражена обычно удлиненными названиями ("аберосино-тиклирон", "гулобарниклета-миешиния" и т.п.).

Выявленные особенности личности у ребёнка, необходимо вписать в таблицу 2.

На пятом этапе работы сравнить психофизиологические показатели с половозрастными нормативами и дать оценку полученным результатам. Сделать выводы, составить рекомендации.

Контрольные вопросы

- 1) Что такое психическое здоровье?***
- 2) Какие факторы влияют на психическое развитие ребёнка?***
- 3) Какие вы знаете методики оценки психофизиологического состояния у дошкольников?***
- 4) Что такое продуктивность и устойчивость внимания?***

- 5) *Что показывает уровень тревожности?*
- 6) *Какие Вы разработаете рекомендации для дошкольников, имеющих высокий уровень личностной тревожности?*
- 7) *Как можно оценить уровень интеллектуального развития у детей и у взрослых?*
- 8) *Какие личностные качества позволяет выявить методика «Несуществующее животное»?*
- 9) *Какие ещё вы знаете методики для оценки уровня тревожности, уровня интеллектуального развития, личностных особенностей у детей?*
- 10) *К какому специалисту Вы обратитесь, если у ребёнка будут выявлены отклонения психофизиологических показателей?*

Таблица 2

Личностные качества у дошкольников

Личностные качества	имеется	отсутствует
Высокая самооценка		
Нормальная самооценка		
Низкая самооценка		
Активность		
Пассивность		
Эгоцентризм		
Любознательность		
Болтливость		
Чувственность		
Эрудированность		
Агрессивность		
Самостоятельность		
Банальность		
Творчество		
Инфантильность		

ГЛАВА 3. ДИЗОНТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, НАБЛЮДАЮЩИХСЯ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

3.1. Общие закономерности формирования психических расстройств в детском и подростковом возрасте

Важнейшую особенность детского и подросткового возраста составляет непрерывный, но вместе с тем и неравномерный процесс развития и созревания структур и функций всего организма, в том числе и центральной нервной си-

стемы. Наиболее интенсивное психическое развитие (психический онтогенез) приходится на детский и подростковый возраст, когда формируются как отдельные психические функции, так и личность в целом. Психическое развитие происходит в результате непосредственного контакта ребенка и подростка с окружающей средой. В связи с этим, симптомы психических расстройств, возникающие при психических заболеваниях, представляют собой интегративное выражение нарушений биологического и психического (социального) созревания.

Методологическую основу изучения возрастных особенностей психических заболеваний у детей и подростков составляет онтогенетический подход в сочетании с принципом единства биологического и социального. Психическое развитие протекает не равномерно, поступательно, а поэтапно и скачкообразно. Отдельные этапы разграничены временными рамками, когда происходят наиболее бурные, качественные изменения в психике. Эти периоды получили название возрастных кризов.

Различают 1 (2-4 г), 2 (6-8 лет) детские возрастные кризы и подростковый (12-18 лет) криз. В эти периоды в связи с нарушением физиологического и психологического равновесия часто возникают различные психопатологические симптомы, т.е. нарушения психического развития. Эти нарушения могут быть вызваны, как биологическими, так и средовыми факторами или их сочетаниями.

Психический дизонтогенез (нарушение психического развития), проявляется в нарушении темпов, сроков развития психики в целом и отдельных функциональных систем. Основные типы нарушений психического развития:

1) ретардация - запаздывание или остановка развития отдельных психических функций. Она может быть тотальной и парциальной (нарушение темпа и сроков созревания отдельных функциональных систем). Клиническим выражением тотальной психической ретардации является общее психическое недоразвитие (олигофрения). Парциальная ретардация - незрелость отдельных психических процессов – речи, внимания, школьных навыков, сюда же относятся проявления инфантилизма и невропатии. В этих случаях запаздывает переход от более простых, преимущественно природно-психических свойств к более сложным – социально-психическим, познавательным.

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

3) Третий тип дизонтогенеза психики – акселерация - развитие психики, при котором одна или несколько функциональных систем развиваются значительно обгоняя типичную для них хронологию. Иллюстрацией могут служить дети с чрезвычайно ранним развитием психики (вундеркинды), либо с односторонним развитием отдельных качеств психической деятельности (музыка, поэзия, спортивные достижения).

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

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

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

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

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

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

У детей младшего возраста продуктивные дизонтогенетические симптомы преобладают в клинической картине психических заболеваний, в то время как продуктивные симптомы обычного типа имеют рудиментарный, стертый и эпизодический характер. Ввиду незавершенности, рудиментарности в детском возрасте психопатологических синдромов, свойственных психическим заболеваниям взрослых, термин «синдром» в детской психиатрии часто используется для условного обозначения более или менее определенных сочетаний психических нарушений, характерных преимущественно для детского и подросткового возраста. Их основу составляют негативные и продуктивные дизонтогенетические симптомы и их комбинации.

Одним из факторов, играющих важнейшую роль в этиологии психических

расстройств в детском и подростковом возрасте, является возрастной фактор. Этот фактор в виде изменений общей и нервной реактивности в определенные критические периоды онтогенетического развития может иметь определенное этиологическое значение, как способствующий возникновению тех или иных психических заболеваний. Такие периоды называют периодами повышенной восприимчивости к различным вредностям.

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

С позиции эволюционно-динамического подхода к возрастным закономерностям патогенеза психических заболеваний у детей и подростков необходимо учитывать теорию периодизации индивидуального развития. Согласно этой теории индивидуальное развитие рассматривается как поэтапный переход от одного качественного состояния к другому, качественно более высокому.

Причем новые формы реагирования и функционирования головного мозга, не вытесняют старые, а преобразуют и подчиняют их. Каждая стадия развития раскрывает новый уровень функциональной организации ребенка. Она одновременно и период эволюции психики, и тип поведения человека, который на каждом этапе развития ведет себя соответственно уровню зрелости его нервной системы.

В детском и подростковом возрасте симптомы психических расстройств имеют ряд особенностей. Прежде всего, как было отмечено ранее, эти симптомы мало специфичны в нозологическом отношении, т.е. одни и те же симптомы встречаются при различных психических заболеваниях (невротические реакции, органическое поражение ЦНС, шизофрения).

Кроме того, исходя из теории этапности психического развития, считается, что психопатологические расстройства отражают тип нервно-психического реагирования, характерный для данного возрастного периода. Эти симптомы свойственны определенному возрасту и не встречаются или возникают как исключение и в значительно измененной форме на других возрастных этапах.

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

Схематически выделяют четыре основных возрастных уровня. Сомато-вегетативный уровень реагирования (0-3 года). Ему свойственны различные варианты невропатического синдрома, психические заболевания проявляются нарушениями со стороны внутренних органов, преимущественно желудочно-кишечного тракта, нарушением сна, вегетативными расстройствами.

Психомоторный уровень реагирования (4-7 лет), к нему относятся синдром гиперактивности, неврозоподобные двигательные расстройства (тики, заикание, мутизм). Выделение данного уровня для детей дошкольного и школь-

ного возраста объясняется тем, что с 6 до 12 лет происходит дифференциация функций двигательного анализатора и к 7 годам ядро корковой части двигательного анализатора приобретает структуру, сходную с архитектоникой у взрослых.

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

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

3.2. Синдромы психических расстройств, наблюдающихся преимущественно в детском возрасте

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

В грудном возрасте основными проявлениями невропатии выступают соматовегетативные расстройства и нарушение сна. К первым относятся нарушение функции органов пищеварения: срыгивания, рвота, запоры, поносы, снижение аппетита, гипотрофия.

Вегетативные расстройства - бледность кожных покровов, неустойчивость, лабильность пульса, оживленные вазомоторные реакции, повышение температуры тела, не связанное с соматическим заболеванием. Нарушение сна – недостаточная глубина и извращенная формула. Для таких детей характерна повышенная чувствительность к любым раздражителям - двигательное беспокойство, плаксивость в ответ на обычные раздражители (смена белья, изменение положения тела и т.п.) Имеет место патология инстинктов, прежде всего, повышен инстинкт самосохранения, с этим связана плохая переносимость всего нового.

Соматовегетативные расстройства усиливаются при перемене обстановки, изменении режима дня, ухода и пр. Выражена боязнь незнакомых людей и новых игрушек. В дошкольном возрасте соматовегетативные расстройства уходят на второй план, однако, длительно сохраняются плохой аппетит, избирательность в еде, жевательная лень. Часто запоры, поверхностный сон с устрашающими сновидениями.

На первом плане повышенная аффективная возбудимость, впечатлительность, склонность к страхам. На этом фоне под воздействием неблагоприятных факторов легко возникают невротические расстройства. К школьному возрасту проявления синдрома полностью исчезают. В редких случаях он трансформи-

руется в невротические нарушения, либо формируются патологические черты характера астенического типа. Нередко симптом невропатии или его компоненты предшествуют развитию шизофрении.

Синдром раннего детского аутизма. Детский аутизм описан Каннером в 1943г. Это редкая форма патологии, встречается 2 на 10 000 детей. Основные проявления синдрома - это полное отсутствие потребности в контакте с окружающими. Развернутая клиника наблюдается в возрасте от 2 до 5 лет. Некоторые проявления этого синдрома становятся заметными уже в грудном возрасте. На фоне соматовегетативных расстройств наблюдается слабая реакция на внешние раздражители, на дискомфорт, нет комплекса оживления при контакте с матерью, отсутствие чувства голода. Сон у таких детей прерывистый, поверхностный, часто наблюдается беспричинный плач.

В раннем детстве - это дети равнодушные к близким, безразличные к их присутствию. Иногда у них как бы отсутствует способность дифференцировать одушевлённые и неодушевлённые предметы. Страх новизны ещё более выражен, чем при невропатии. Любое изменение привычной обстановки вызывает недовольство и бурный протест с плачем.

Поведение однообразное, игровая деятельность стереотипна, это простые манипуляции с предметами. От сверстников отгораживаются, участие в коллективных играх не принимают. Контакт с матерью поверхностный, привязанности к ней не проявляет, нередко негативное, недоброжелательное отношение. Мимика маловыразительна, «пустой взгляд». Речь иногда развивается рано, чаще задерживается в развитии. Во всех случаях плохо развита экспрессивная речь, главным образом страдает коммуникативная функция, автономная речь может быть сформирована достаточно.

Характерны патологические формы речи - неологизмы, эхолалии, скандированное произношение, о себе говорят во 2 и 3 лице. Моторно такие дети неуклюжи, особенно страдает тонкая моторика. Интеллектуальное развитие чаще всего снижено, но может быть и нормальным. Динамика синдрома зависит от возраста. К концу дошкольного периода сомато-вегетативные и инстинктивные расстройства сглаживаются, моторные нарушения редуцируются, часть детей становится более общительной. Видоизменяется игровая деятельность, она отличается особым стремлением к схематизму, формальному регистрированию объектов (составление схем, таблиц, маршрутов езды транспорта).

В младшем школьном возрасте сохраняется приверженность рутинному образу жизни, эмоциональная холодность, замкнутость. В дальнейшем синдром или редуцируется (достаточно редко) или формируются психопатические черты характера, атипичные формы умственной отсталости, нередко шизофрения.

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

Синдром Аспергера. Имеют место основные клинические проявления, ха-

ракетные для раннего детского аутизма. В отличие от синдрома Канера при этом виде расстройства наблюдаются нормальный или даже выше среднего уровня интеллекта, опережающее развитие речи (ребенок начинает говорить раньше, чем ходить), встречается преимущественно у мальчиков. Прогноз более благоприятен при синдроме Аспергера, который рассматривается как особый вариант начального этапа формирования шизоидной психопатии.

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

Гипердинамический синдром, синдром двигательной расторможенности. Встречается у 5-10% школьников младших классов, причем у мальчиков в 2 раза чаще, чем у девочек. Синдром встречается в возрастном диапазоне от 1,5 до 15 лет, однако наиболее интенсивно он проявляется в конце дошкольного и начале школьного возраста.

Основные проявления - общее двигательное беспокойство, неусидчивость, обилие лишних движений, импульсивность в поступках, нарушение концентрации активного внимания. Дети бегают, прыгают, не удерживаются на месте, хватают или трогают предметы, попадающие в их поле зрения. Задают много вопросов и не выслушивают ответов на них. Часто нарушают дисциплинарные требования. Перечисленные симптомы приводят к нарушению школьной адаптации, при хорошем интеллекте, дети испытывают трудности в усвоении учебного материала.

Динамика следующая: первые проявления в виде общего беспокойства в раннем и преддошкольном возрасте, наиболее интенсивная симптоматика в 6-8 лет и в 9-10 лет двигательная расторможенность сглаживается и полностью исчезает в 14-15 лет. Встречается при всех психических заболеваниях детского возраста, наиболее часто при органическом поражении ЦНС.

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

Синдром уходов и бродяжничества - очень разнообразен по причинам возникновения, но однообразен по внешним проявлениям. Встречается в возрасте от 7 до 17 лет, но чаще в пубертате. На этапе формирования, проявления этого симптома отчетливо зависят от индивидуальных особенностей личности и микросоциального окружения.

У детей и подростков с чертами тормозимости, обидчивых, чувствительных уходы связаны с переживанием обиды, ущемленного самолюбия, например, после физического наказания. При преобладании черт эмоционально-волевой неустойчивости, инфантилизма - уходы связаны с боязнью трудностей (контрольная, строгий педагог).

Гипертимные подростки, а также здоровые дети испытывают потребность в новых впечатлениях, развлечениях «сенсорная жажда» и с этим связаны уходы. Особое место занимают немотивированные уходы на эмоционально холод-

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

Независимо от причин начальных уходов, формируется своеобразный стереотип реагирования на психотравмирующие обстоятельства. По мере повторения уходов предпочтение отдается асоциальным формам поведения, присоединяются правонарушения, влияние асоциальных групп. Длительное существование уходов приводит к формированию патологических черт личности: лживость, изворотливость, стремление к примитивным удовольствиям, отрицательное отношение к труду и всякой регламентации. С 14-15 лет этот симптом сглаживается, в одних случаях личность не меняется, в других - формируется краевая психопатия и микросоциально-педагогическая запущенность.

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

Признаками патологических страхов является: беспричинность, несоответствие интенсивности страхов силе раздражителя, длительность, склонность к генерализации, нарушение общего состояния.

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

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

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

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

Страхи бредового содержания - отличаются переживанием скрытой угрозы со стороны людей, животных, неодушевленных предметов, сопровождаются подозрительностью. Тематика зависит от возраста (обыденные предметы, водо-

проводные краны, персонажи фильмов, тени, бандиты, наркоманы, в пубертате - ипохондрические переживания, негативное отношение к родителям). Встречается при шизофрении.

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

Синдром патологического фантазирования - необычно стойкие, оторванные от реальности, причудливые по содержанию фантазии, сопровождающиеся нарушением поведения. Содержание фантазий зависит от возраста: 3-5 лет - стойкие игровые перевоплощения, 6-8 лет - образные патологические фантазии. Образные фантазии активно вызываются ребенком, а сам процесс вызывает чувство удовольствия. Дети представляют маленьких человечков, животных, играют с ними, путешествуют, попадают в новые города и страны. В пубертатном возрасте - фантазии в форме самооговоров, нередко носят детективно-приключенческий характер.

3.3. Синдромы психических расстройств, наблюдающихся преимущественно в подростковом возрасте

Гебоидный синдром - характеризуется заострением и искажением эмоционально-волевых особенностей личности в пубертатном периоде. Основной компонент - расторможенность и извращение примитивных влечений, утрата и ослабление высших нравственных установок (добро и зло, дозволенное и недозволенное), притупление высших эмоций, например, чувства жалости, сострадания и т.п. В поведение отмечается склонность к антисоциальным поступкам и особая оппозиционность к общепринятым взглядам и нормам.

Развитию гебоидного синдрома еще в детском возрасте предшествуют расстройства влечений: садистические наклонности в виде желания делать назло близким, причинять боль окружающим, мучить животных, стремление ко всему, что вызывает брезгливость или отвращение у большинства людей. У детей отмечается особое тяготение к эмоционально отрицательным событиям: ссоры, драки, убийства, пожары.

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

Гебоидный синдром может встречаться в рамках психопатии и органического поражения ЦНС, примерно к 20-25 годам его проявления сглаживаются. При шизофрении симптоматика более стойкая и наблюдается до 30 лет.

Синдром дисморфофобии - болезненная идея мнимого или необоснованного преувеличения имеющегося физического недостатка. Синдром включает так же идеи отношения, сниженное или депрессивное настроение. Этот синдром наиболее характерен для пубертатного возраста, но в ряде случаев может сохраняться до 30 лет. Эпизодические дисморфофобические идеи связанные со сверхценным отношением к реальным недостаткам (невысокий рост, полные бедра) встречаются и в норме, но они поддаются коррекции и не нарушают адаптацию.

Выраженный синдром характеризуется неотступностью мыслей и представлений о мнимом уродстве. Подросткам начинает казаться, что окружающие замечают их недостаток, смеются над ними. Появляются идеи отношения, которые сопровождаются вербальными иллюзиями (в голосах прохожих, в разговорах сверстников, слышат насмешливые реплики). Часто возникает синдром зеркала. Дисморфофобические проявления могут возникать в виде мыслей о дефекте отдельных функций: урчание в животе, недержание газов и т.п.

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

У старших подростков дисморфофобические переживания включают развернутую картину интерпретации характера мнимого дефекта его происхождение, влияния на весь организм. Возникновение синдрома может быть постепенным или внезапным по типу озарения. Наблюдается у больных шизофренией, при неврозе навязчивости, истерическом неврозе.

Достаточно стойкие расстройства возникают у подростков с физическими недостатками (заячья губа, карликовый рост).

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

Первый вариант - в основе синдрома сверхценная идеаторная, интеллектуальная деятельность, например, вопросы «о мировом сознании, вневременной морали». Этим вопросам уделяется большая часть времени в ущерб досугу и учебе. Интеллектуальная деятельность имеет непродуктивный характер, «болезненное мудрствование».

Подростки часами предаются размышлениям, однако, не проявляют стремления к реализации своих мыслей. Характерен контраст между сложностью увлекающих подростка проблем и детской ограниченностью запаса сведений, наивной упрощенностью подхода. В литературе это определяется термином «философской интоксикации» («метафизическая интоксикация»).

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

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

ГЛАВА 4. РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКИЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА. ПСИХОГЕННЫЕ ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ

4.1. Резидуально-органические нервно-психические расстройства. Психоорганический синдром

Резидуально-органические расстройства представляют группу разнообразных нервно-психических нарушений у детей и подростков, которые являются следствием закончившегося органического церебрального заболевания. Органический дефект может возникнуть как при внутриутробном, перинатальном, так и раннем постнатальном повреждении мозга.

Внутриутробным считается поражение, возникшее до момента рождения ребенка, перинатальным – до 10-го дня после рождения. Ранний постнатальный период ограничивается одними авторами первым годом жизни, другие включают сюда все те поражения, которые возникают до 7-летнего возраста, то есть до завершения созревания основных функциональных и морфологических структур мозга.

В этиологии резидуально-органических расстройств основная роль отводится факторам, неблагоприятного воздействия на плод в период беременности (интоксикации, инфекции, гипоксии), родовым травмам черепа, асфиксии новорожденного, иммунологической несовместимости матери и плода, а также постнатальным мозговым инфекциям, травмам и интоксикациям.

Общим для этой группы расстройств, следует считать и ведущую роль «фактора времени» поражения развивающегося головного мозга. Так, независимо от этиологии, неблагоприятное воздействие во второй половине внутриутробного периода приводит к формированию грубой патологии, такой как: церебральные параличи или осложненная судорожными приступами олигофрения.

Поражение мозга в первые годы жизни сопровождается не столько общим недоразвитием, сколько парциальными расстройствами некоторых высших свойств личности, расстройстве побуждений и праксиса. Наконец, повреждение головного мозга в младшем школьном и препубертатном возрасте проявляется энцефалопатическими, прежде всего церебрастеническими, неврозоподобными и психопатоподобными состояниями.

Психоорганический (энцефалопатический) синдром. Общую психопатологическую основу преимущественно энцефалопатических форм резидуально-органических расстройств составляют психоорганические синдромы. Наиболее существенные проявления психоорганического синдрома: снижение памяти и

интеллектуальной продуктивности, инертность психических процессов, особенно интеллектуальных, трудность переключения активного внимания и его узость, а так же разнообразные аффективные нарушения.

В одних случаях это - раздражительность, возбудимость, лабильность эмоций, эйфорический фон настроения, чередующийся с дисфориями - в других, апатия и безразличие – в третьих. Кроме того, часто встречаются расстройства волевой деятельности, усиление примитивных влечений, повышенная психическая истощаемость. Все перечисленные нарушения свойственны и детям с психоорганическим синдромом.

Однако в связи с морфологической незрелостью центральной нервной системы и ее интенсивным развитием, этот синдром у детей имеет ряд особенностей, свойственных тому или иному «уровню возрастного нервно-психического реагирования». Для его обозначения нередко используется термин «минимальная мозговая дисфункция».

У детей моложе 4-5 лет проявления психоорганического синдрома атипичны. На первый план выступают невропатические расстройства: повышенная эмоциональная возбудимость, неустойчивость вегетативных реакций, нарушения сна, нередко с ивращением смены периодов сна и бодрствования, пониженный аппетит, впечатлительность, боязливость.

Наблюдается некоторая задержка речевого развития, бедный запас слов, слабая выраженность интеллектуальных интересов (к чтению сказок, сюжетным играм), затруднения при запоминании детских стихов и песен. Кроме того, отмечаются рассеянные неврологические симптомы. Подобное состояние В.В. Ковалев обозначил термином – «невропатоподобный вариант психоорганического синдрома».

Начиная с 4-5 летнего возраста, соматовегетативные расстройства отступают на второй план и в структуре психоорганического синдрома начинают доминировать эмоционально-волевые и двигательные нарушения: раздражительность, импульсивность поведения, недостаточное чувство дистанции, назойливость, частые смены настроения.

У детей школьного возраста и подростков симптоматика психоорганического синдрома становится ещё более разнообразной и проявляется большим объемом нарушений познавательных функций, заметными становятся черты личностной недостаточности. С клинко-психопатологической точки зрения, появляется возможность выделить следующие варианты синдрома: церебрастенический, неврозоподобный и психопатоподобный.

Церебрастенические состояния резидуально-органического генеза, так же как и астенические состояния иного происхождения (соматогенного, психогенного), проявляются синдромом раздражительной слабости, включающей с одной стороны, повышенную утомляемость, истощаемость психических процессов, а с другой – чрезмерную раздражительность, готовность к аффективным вспышкам. Вместе с тем, они имеют и ряд особенностей.

Характерными проявлениями являются головные боли, усиливающиеся во второй половине дня, вестибулярные расстройства (тошнота, головокруже-

ния, чувство дурноты при езде на транспорте). Значительно выражены аффективные нарушения: брутальность, взрывчатость, склонность к тоскливо-подавленному настроению. Часто отмечается гиперестезия к звукам и яркому свету.

Нередко встречаются нарушения высших корковых функций в виде элементов агнозии (трудности различия фигуры и фона), апраксии, нарушений пространственной ориентировки, нарушений фонематического слуха. В ряде случаев они становятся источником затруднений при выработке школьных навыков. В структуру резидуально-органических церебрастенических состояний в большинстве случаев входят расстройства вегетативной регуляции, нередко с очерченными диэнцефальными синдромами. Как правило, обнаруживается рассеянная неврологическая микросимптоматика, недостаточность тонкой моторики, асимметрия объёма содружественных движений.

Несмотря на общую тенденцию к регрессирующему течению, в динамике церебрастении возможны периоды утяжеления симптоматики, которые обычно наблюдаются во время второго возрастного криза и в пубертатном возрасте.

Неврозоподобные синдромы. Общими клиническими признаками резидуально-органических неврозоподобных нарушений является их сходство с психогенными невротическими нарушениями при отсутствии психотравмирующего момента, относительная бедность и монотонный характер проявлений, их выраженная «органическая окрашенность», возникновение на церебрастеническом фоне и тенденция при определенных условиях переходить в т.н. органические расстройства (насилиственные движения, эпилептиформные припадки, диэнцефальные приступы).

К числу относительно частых расстройств относятся неврозоподобные страхи. Неврозоподобные страхи, как правило носят характер приступов, сопровождаются двигательным возбуждением и вегетативными расстройствами. Во время приступов дети испытывают тягостные телесные ощущения – недостаток воздуха, «остановку сердца». У подростков приступы страха сопровождаются расстройствами сенсорного синтеза: нарушениями схемы тела, явлениями дереализации и деперсонализации.

Неврозоподобные страхи отличаются от невротических бессодержательностью, отсутствием связи с какой-либо психотравмирующей ситуацией, большей выраженностью вегетативных расстройств. В интервалах между приступами сохраняется церебрастеническая и психоорганическая симптоматика.

Неврозоподобные страхи обычно учащаются и усиливаются под влиянием соматических заболеваний, физического переутомления и других неблагоприятных воздействий, тогда как психотравмирующая ситуация не оказывает на их интенсивность существенного влияния.

Истероформные нарушения встречаются чрезвычайно редко, в основном у девочек, и проявляются в виде аффективно-моторных, либо аффективно-вегетативных приступов. Поводом к развитию приступов может быть ситуационный момент, но чаще всего они возникают без внешней провокации. Приступу предшествуют стоны, рыдания, крики, выразительная жестикуляция.

Далее, при аффективно моторных припадках больной падает или медленно опускается, после чего следуют сложные стереотипные движения, которые наблюдаются на фоне суженного сознания в течение 10-30 минут и сопровождаются выраженными вегетативными реакциями (дрожь, обильное потоотделение, покраснение или побледнение кожных покровов, одышка). Аффективно-вегетативные приступы проявляются в виде обморочных состояний или приступов одышки, возникают вне зависимости от соматического состояния и сопровождаются стонами, плачем, выразительными движениями.

Для отграничения истероформных расстройств от истерических имеет значение отсутствие истероидных черт личности в преморбиде. Приступы мало связаны с ситуационным моментом, не выявляется механизм условной желательности, глубина изменений сознания и вегетативные нарушения значительно более глубокие, чем при истерических припадках.

Наиболее распространенными в детском возрасте являются системные неврозоподобные расстройства: тики, заикание, энурез. В развитии этих нарушений играет роль не только приобретенная, но и наследственно обусловленная «функциональная слабость» определенных систем мозга.

Неврозоподобные тики проявляются произвольными стереотипными движениями, связанными с сокращением определенных групп мышц: мимических, респираторных, плечевого пояса (мигание, покашливание, передергивание плечами). Движения эти носят «механический» характер, однообразны, совершаются в одном и том же ритме вне связи с какими-либо защитными действиями.

Дети и подростки их не замечают и не тягостятся ими. Тики не носят характер насильственных и могут быть подавлены волевым усилием. В отличие от невротических, неврозоподобные тики носят более стойкий характер, могут сохраняться годами с одинаковой интенсивностью, мало зависят от внешней ситуации.

Неврозоподобное заикание. Как правило, развивается на фоне более или менее выраженного психоорганического синдрома, сочетающегося с микроневрологическими нарушениями. Начальные проявления появляются в дошкольном и дошкольном возрасте, часто после соматических заболеваний у детей, отличающихся теми или иными дефектами речи. Наблюдается повторение слогов, связанное с клоническими судорогами артикуляционных мышц, в дальнейшем происходит автоматизация клонических или клонико-тонических судорог с появлением речевого штампа. С этого момента заикание носит монотонный, практически безремиссионный характер.

Дети вплоть до пубертатного возраста не замечают дефекта речи, не тягостятся им, не испытывают страха речи. Только в пубертатном возрасте может возникнуть личностная реакция с появлением вторичных невротических расстройств, однако, страх речи не занимает среди них ведущего места.

По сравнению с невротическим, неврозоподобное заикание отличается склонностью к затяжному течению и резистентностью к лечебным мероприятиям, в том числе логопедическим.

Неврозоподобный энурез. Выделяют две разновидности энуреза резидуально-органического происхождения: дизонтогенетический (врожденное недержание мочи, первичный энурез) и системный неврозоподобный энурез (вторичный). В основе последнего предполагается нарушение ещё недостаточно упроченного церебрального механизма регуляции мочеиспускания. Это нарушение может быть вызвано мозговой инфекцией, травмой, интоксикацией или другим неблагоприятным воздействием на церебральные структуры.

Неврозоподобный энурез характеризуется монотонностью, тенденцией к регулярности и значительной частоте, слабой реакцией личности на дефект и наличием психоорганической симптоматики. Течение энуреза длительное, часто многолетнее. Обострения обычно связаны с соматическими заболеваниями, физическим переутомлением, нарушением водного режима. Тем не менее, прогноз неврозоподобного энуреза в большинстве случаев благоприятный, как правило, в пубертатном возрасте он прекращается.

Психопатоподобный синдром. Основу психопатоподобных состояний составляет психоорганический синдром с нарушением эмоционально-волевых свойств личности. Клинически это выражается в недостаточности высших нравственных установок, отсутствии интеллектуальных интересов, нарушении инстинктов (расторможение и садистическое извращение сексуального влечения, недостаточность инстинкта самосохранения, повышенный аппетит), недостаточной целенаправленности и импульсивности поведения, а у детей младшего возраста в двигательной расторможенности и слабости активного внимания.

Возможны некоторые различия, связанные с доминированием тех или иных патологических черт личности, что позволяет в ряде случаев, выделить варианты психопатоподобных состояний.

В.В. Ковалев выделяет четыре основных синдрома: психической неустойчивости, повышенной аффективной возбудимости, импульсивно-эпилептоидный и синдром нарушения влечений.

Синдром психической неустойчивости наряду с описанными общими проявлениями характеризуется крайней изменчивостью поведения в зависимости от внешних обстоятельств, повышенной внушаемостью, стремлением к получению примитивных удовольствий и новых впечатлений, с чем связаны склонность к уходам и бродяжничеству, воровству, употреблению психоактивных веществ, раннему началу сексуальной жизни.

Синдром повышенной аффективной возбудимости проявляется чрезмерной возбудимостью, склонностью к бурным аффективным разрядам с агрессией и жестокими действиями.

Детям и подросткам с импульсивно-эпилептоидным психопатоподобным синдромом свойственны, наряду с повышенной возбудимостью и агрессивностью, склонность к дисфориям, а также к внезапным поступкам и действиям, возникающим по механизму короткого замыкания, инертность мыслительных процессов, расторможенность примитивных влечений.

Наконец, при синдроме нарушения влечений, на первый план выступают расторможение и извращение примитивных влечений - упорная мастурбация,

садистические наклонности, бродяжничество, стремление к поджогам.

Особое место среди резидуально-органических психопатоподобных расстройств занимают психопатоподобные состояния при ускоренном темпе полового созревания. Основными проявлениями этих состояний являются повышенная аффективная возбудимость и резкое усиление влечений.

У подростков - мальчиков преобладает компонент аффективной возбудимости с агрессивностью. Иногда, на высоте аффекта происходит сужение сознания, что делает поведение подростков особенно опасным. Отмечается повышенная конфликтность, постоянная готовность к участию в ссорах и драках. Возможны периоды дисфории.

У подростков-девочек на первый план выступает повышенное сексуальное влечение, приобретающее иногда непреодолимый характер. Достаточно часто у таких девочек обнаруживается склонность к вымыслам, фантазиям, оговорам сексуального содержания. Персонажами таких оговоров выступают одноклассники, учителя, родственники мужчины. В генезе ускоренного полового созревания предполагается ведущая роль дисфункции передних ядер гипоталамуса.

Грубый характер расстройств поведения у детей и подростков с резидуально-органическими психопатоподобными состояниями часто ведет к выраженной социальной дезадаптации с невозможностью пребывания в учебном коллективе. Несмотря на это, отдаленный прогноз в значительной части случаев, может быть относительно благоприятным.

Психопатоподобные изменения личности частично или полностью сглаживаются и в постпубертатном возрасте наступает клиническое улучшение с той или иной степенью социальной адаптации.

4.2. Характерологические и патохарактерологические личностные реакции у детей и подростков

Характерологические личностные реакции - специфические модели поведения, как реакция на неблагоприятное воздействие средовых факторов.

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

Для каждого возрастного этапа имеются свои специфические характерологические реакции.

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

Реакция оппозиции наблюдается на всех возрастных этапах, но в прояв-

лениях зависит от возраста. Выделяют реакцию активной и пассивной оппозиции. Нередко возникает в ответ на изменившееся к нему отношение близких (например, рождение 2-го ребенка). В основе сверхценное переживание обиды, ущемленного самолюбия и вытекающие из этого переживания, желание отомстить обидчику, как-то наказать его. Как правило, она носит демонстративный характер, как сигнал для взрослых о трудной ситуации, переносить которую подростку больше не под силу.

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

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

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

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

Реакция компенсации - стремление скрыть или восполнить свою слабость, несостоятельность в одной области деятельности успехами в другой. Эта реакция представляет собой средство психологической защиты личности от переживаний собственной неполноценности (физически слабый мальчик отказывается от уроков физкультуры, но охотно посещает технический кружок). Нередко подросток с трудом усваивающий учебный материал бравировует своим незнанием, подчеркнуто пренебрежительно относится к учебе, третирует отличников, совершает «геройские поступки».

Часто можно наблюдать как подросток, лишенный авторитета у сверстников, предпочитает общение с младшими по возрасту детьми.

Реакция гиперкомпенсации - стремление добиться высших результатов именно в той области, где оказался несостоятельным. Стремление доказать себе и окружающим своё бесстрашие, нередко толкает подростков на безрассудные и опасные для жизни поступки (прыгают с большой высоты, ходят по карнизам домов и т.п.)

Реакция гиперкомпенсации в зависимости от условий может играть как положительную, так и отрицательную роль. Например: ложное понятие об отваге и независимости нередко толкает на путь асоциального поведения.

Реакция эмансипации - наиболее характерна для подросткового возраста. В основе лежит потребность освобождения от контроля и опеки взрослых, протест против установленных правил и порядков, стремление к независимости и самоутверждению. Факторами, способствующими её возникновению, могут яв-

ляться мелочная опека, жесткий контроль, лишение инициативы и самостоятельности.

Реакция явной эмансипации характеризуется непослушанием, грубостью, патологическим упрямством, игнорированием мнения и распоряжения взрослых. Иногда подростки порывают с семьей, вопреки желанию семьи бросают учебу и поступают на работу, ведут независимый образ жизни.

Реакция скрытой эмансипации - проявление подростковой субкультуры - мода, манера поведения, сленг, критиканство, игнорирование существующих порядков.

Реакция группирования со сверстниками. Группа - это канал информации, новый вид эмоциональных контактов невозможных в семье.

Выделяют следующие виды подростковых групп: ретретические (просоциальные) - в основе общие увлечения положительные в социальном плане (спорт, учеба, музыка), асоциальные - формируются на базе совместных увлечений и стоят в стороне от острых социальных проблем, характерно пустое времяпрепровождение.

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

Реакция увлечения (хобби-реакция). Увлечения имеют большое значение в познавательной деятельности подростка. Для многих это средство самовыражения, достижения престижного статуса. Нередко, в ответ на сложную психотравмирующую ситуацию, увлечения приобретают утрированную форму, захватывают все стороны жизни, поглощают все свободное время. Подросток словно щитом закрывается своими увлечениями от травмирующей его действительности.

Выделяют следующие типы увлечений: интеллектуально-эстетические, музыка, рисование, техника), телесно мануальные (спорт, рукоделие), лидерские (поиск ситуации где можно руководить), накопительные (коллекционирование), азартные увлечения и т.п.

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

Патохарактерологические (патологические) личностные реакции проявляются преимущественно в разнообразных отклонениях в поведении ребенка или подростка, ведут к нарушению социально-психологической адаптации и сопровождаются невротическими расстройствами. Для них характерны склонность к генерализации, т.е. способность возникать в самых разных ситуациях и вызываться самыми различными, в том числе и неадекватными стимулами;

склонность превышать определенный «потолок» нарушений поведения, никогда не преступаемый в норме; склонность рано или поздно приводить к социальной дезадаптации.

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

В зависимости от индивидуальных психических свойств происходит фиксация нарушений характера, складывающаяся в определенный симптомокомплекс - патохарактерологический синдром, особенности которого определяют вариант патохарактерологического формирования личности (психогенное патологическое развитие личности).

Выделяют: аффективно-возбудимый, тормозимый, истероидный и неустойчивый варианты патологического склада личности, такая динамика рассматривается как этап формирования краевой психопатии.

ГЛАВА 5. СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА С НАЧАЛОМ ТИПИЧНЫМ ДЛЯ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

5.1. Нарушения психологического развития

Расстройства имеют следующие признаки: начало обязательно в младенческом или детском возрасте, повреждение или задержка в развитии функций, тесно связанных с биологическим созреванием центральной нервной системы; постоянное течение, без ремиссий и рецидивов, характерных для многих психических расстройств.

В большинстве случаев пораженные функции включают речь, зрительно-пространственные навыки и/или двигательную координацию.

Характерной особенностью повреждений является тенденция к прогрессивному уменьшению по мере того, как дети становятся старше (хотя более легкая недостаточность часто остается во взрослой жизни).

Обычно задержка в развитии или повреждение имеются с такого раннего периода, как только это могло быть обнаружено, без предшествующего периода нормального развития. Большинство этих состояний отмечается у мальчиков в несколько раз чаще, чем у девочек. Для нарушений развития характерна

наследственная отягощенность подобными или родственными расстройствами и имеются данные, предполагающие важную роль генетических факторов в этиологии многих (но не всех) случаев.

Средовые факторы часто оказывают влияние на нарушение развития функции, но в большинстве случаев они не имеют первостепенного значения. Более того, существуют два типа состояний, включенных в этот раздел, что не совсем отвечает концептуальному определению, приведенному выше.

Во-первых, это расстройства, в которых была несомненная фаза предшествующего нормального развития, такие, как дезинтегративное расстройство детского возраста, синдром Ландау-Клеффнера, некоторые случаи аутизма. Эти состояния включены сюда потому, что, хотя их начало различно, но их характерные особенности и течение имеют много сходного с группой нарушений развития; кроме того, неизвестно, отличаются ли они этиологически.

Во-вторых, есть расстройства, прежде всего определяемые как отклонения, а не задержка в развитии функций; это особенно применимо к аутизму. Аутистические расстройства включены в этот раздел потому, что, хотя и определены как отклонения, но та или иная степень задержки развития обнаруживается при них почти постоянно.

Кроме того, есть частичное совпадение с другими нарушениями развития как в смысле характерных особенностей отдельных случаев, так и в сходной группировке.

Сюда включены следующие состояния:

- 1) специфические расстройства развития речи;
- 2) специфические расстройства развития школьных навыков;
- 3) специфическое расстройство развития двигательных функций;
- 4) смешанные специфические расстройства;
- 5) общие расстройства развития;
- 6) детский аутизм;
- 7) гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями.

Специфические расстройства развития речи. Это расстройства, при которых нормальное речевое развитие нарушено на ранних этапах. Состояние нельзя объяснить неврологическими или речевым механизмом патологии, сенсорными повреждениями, умственной отсталостью или средовыми факторами.

Специфическое расстройство речевой артикуляции. Это расстройство называется также специфическим фонологическим расстройством речи. Распространенность около 10% в возрасте до 8 лет.

Этиология. Предположительно это не органическая патология, а задержка развития, обусловленная некоторым дефицитом получаемой ребенком информации, (расстройство чаще встречается в малообеспеченных многодетных семьях) и недостаточной воспитательной работой над речевыми навыками ребенка.

Клиника. Нарушение проявляется в неверном воспроизведении звуков, пропусках или замене на неправильные фонем, создающее общее впечатление

«детской речи». Неверное произношение звуков наблюдается в конце слов или при скоплении согласных. Искажаются преимущественно фонемы, осваиваемые на более поздних этапах речевого развития.

Расстройство становится очевидным после четырёх лет. В более легких случаях к школьному возрасту нарушения артикуляции сглаживаются и к третьему классу исчезают. При их сохранении в более позднем возрасте спонтанное улучшение маловероятно. Здесь необходимо терапевтическое вмешательство. Показаниями для специальной терапии речи является сохранение расстройства в возрасте выше 8 лет, непонятность речи, вызывающая трудности в обучении, отношениях со сверстниками и нарушение самооценки.

Расстройство экспрессивной речи.

Эпидемиология. Распространенность составляет до 10% среди детей школьного возраста. Этиология неизвестна. Предположительно имеет значение генетический фактор.

Клиника. Стержневым симптомом является задержка развития речи при адекватных возрасту навыках понимания вербальной информации и относительной сохранности вербального интеллекта. Признаками серьёзной задержки является отсутствие активного использования отдельных слов к 2 годам и простых фраз из 2 слов к 3 годам. При этом имеется желание общаться, ребёнок поддерживает контакт взглядом, принимает участие в невербальных играх, часто может указать на большинство предметов, называемых другими.

Адекватно используются игрушки и предметы домашнего обихода. К 4 годам ребенок может говорить короткими фразами, часто забывая старые слова при освоении новых. Критическим является возраст 8 лет, когда наблюдается или фиксация расстройства или спонтанная компенсация.

Задержка развития серьёзно затрудняет обучение и адаптацию в повседневной жизни. Часто сочетается с другими формами задержек психологического развития (затруднение чтения, функциональный энурез, нарушение координации движений).

У части больных отмечается мягкая неврологическая симптоматика. Прогноз в целом благоприятный, у половины больных наблюдается спонтанное выздоровление.

Основным методом лечения является специфическая поведенческая тренировка речевых навыков, используется также психотерапия и семейная терапия.

Расстройства рецептивной речи.

Это расстройство также называют смешанным расстройством экспрессивной и импрессивной речи. Распространенность расстройства составляет 3-10% детей школьного возраста, но тяжелые случаи встречаются значительно реже. Генетическая отягощенность не обнаружена.

Причина расстройства неизвестна. Коррелирует с органическими церебральными факторами. У родственников больных выше, чем в популяции представленность судорожного синдрома и специфических расстройств чтения.

Стержневым симптомом является избирательная задержка формирования способности понимать значение вербальной информации при относительной

сохранности невербального интеллекта. В тяжелых случаях эти трудности распространяются на простые слова и фразы.

Тяжелые формы расстройства обращают на себя внимание к 2 годам. В отличие от экспрессивного расстройства, такие дети не могут указать на знакомые предметы обихода, когда их называют и к двум годам понимать значение речевых инструкций. Внешне их можно принять за глухих, но они правильно реагируют на слуховые раздражители, кроме речевых. Расстройство существенно затрудняет обучение ребенка и приобретение приспособительных навыков повседневной жизни. Прогноз благоприятный при лёгких случаях.

Специфические расстройства развития школьных навыков.

Специфическое расстройство чтения. Расстройство обнаруживается у 3-10% детей школьного возраста, причем в 3-4 раза чаще у мальчиков, чем у девочек. Этиология неизвестна, предположительна полиэтиологическая природа, имеется высокая конкордантность расстройства у однояйцевых близнецов, хотя речь идет не о специфическом гене, а о гетерогенной передаче. Стержневым симптомом являются трудности в узнавании слов и понимании написанной речи.

Затруднен также перевод буквенных символов в фонематические. Нарушения обращают на себя внимание с момента обучения в школе. Темп чтения резко замедлен, понимание может быть минимальным. Прогноз определяется тяжестью расстройства. В большинстве случаев к подростковому возрасту остаются трудности в овладении иностранными языками, такие подростки мало читают художественной литературы.

При отсутствии терапевтического вмешательства резко затрудняется учебный процесс, нарушается самооценка и отношения со сверстниками. Значителен процент случаев диссоциального поведения, когда постоянно испытываемое чувство стыда и унижения гиперкомпенсаторно проецируется в виде агрессии к окружающим.

Лечение. Акцент должен делаться на индивидуальные, более сохраненные навыки, например, слухового и зрительного различия. Лечение должно быть комплексным и включать обращение ко всей сопутствующей патологии. Основа - это психопедагогическая работа с ребенком. Терапевтическая эффективность лекарств, диеты, витаминов не очевидна. Специфическое расстройство спеллингования.

Изолированное расстройство правописания (дисграфия). Достоверная этиология неизвестна, так же как и точные данные о распространении. Расстройство проявляется с начала обучения в школе в трудностях правописания слов и предложений соответственно грамматическим нормативам. Письменная речь изобилует грамматическими и стилистическими ошибками. Поведение в школе характеризуется низким прилежанием, дисциплиной, но могут быть успехи в других предметах. Прогноз определяется теми же факторами, что и при специфических расстройствах чтения.

Специфическое расстройство арифметических навыков.

Распространенность составляет 6% детей школьного возраста. Этиопатогенез скорее всего многофакторный. Предполагается наличие коркового право-

полушарного дефицита, преимущественно в зоне затылочной доли, ответственной за развитие математических навыков. Нарушения обнаруживаются с началом школьного обучения. Расстройство может проявляться в любой комбинации нарушений целого ряда навыков (пользование математическими терминами, распознавание цифр или математических символов, соблюдение математических знаков, собственно счет, пользование таблицей умножения и т.п.).

Специфическое расстройство развития моторных функций.

Диспраксия. Распространенность составляет порядка 6% у детей в возрасте от 5 до 11 лет. К заболеванию могут предрасполагать органические мозговые поражения, полученные в пре- и перинатальном периоде.

Клиника. Задерживается нормальный этап двигательного развития. В возрасте 2-4 лет, неловкость и неуклюжесть характеризуют все поведение, требующее координации и моторики. Детям трудно застегивать одежду, брать и не ронять предметы. Походка неустойчивая, они часто падают.

Высокая коморбидность с расстройствами речи, эмоциональными и поведенческими проблемами.

Лечение. В терапии широко используются разнообразные техники тренировок перцептуальных навыков. Комплексность лечебной программы предусматривает внимание к сопутствующей речевой, аффективной и поведенческой терапии.

Смешанные специфические расстройства развития.

Это плохо определяемая и недостаточно концептуализированная (но необходимая) остаточная группа расстройств, при которых имеется некоторое смешение специфических расстройств развития речи, школьных навыков или двигательных функций, но при которых нет значительного преобладания ни одного из них, что было бы достаточным для установления первичного диагноза.

Для всех этих специфических расстройств развития общим является сочетание с некоторой степенью общего нарушения когнитивных функций и эта смешанная категория должна использоваться только при наличии существенного совпадения симптоматики.

5.2. Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте

Эти расстройства представлены следующими патологическими состояниями:

- 1) гиперкинетические расстройства;
- 2) расстройства поведения;
- 3) смешанные расстройства поведения и эмоций;
- 4) эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста;
- 5) расстройства социального функционирования с началом, специфическим для детского возраста;
- 6) тикозные расстройства;

7) другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте;

8) неорганический энурез;

9) неорганический энкопрез;

10) заикание;

Расстройства поведения. В отечественной литературе нарушенное поведение обозначается термином девиантное поведение и трактуется как поведение, для которого характерно отклонение от морально-этических и правовых норм данного общества.

Девиантное поведение является одной из наиболее распространенных форм пограничной психической патологии детского и подросткового возраста.

По данным ряда авторов лица с расстройствами поведения составляют от 10% до 55% среди всех обследованных подростков в возрасте от 14 до 17 лет. Выделяют патологические и непатологические формы девиантного поведения.

При непатологических формах отклонения от принятых норм поведения связаны с незрелостью личности, недостаточностью ее нравственных установок, психологическими особенностями пубертатного возраста. В этой группе выделяют состояния микросоциально-педагогической запущенности и переходящие характерологические ситуационные реакции (протеста, отказа, имитации, эмансипации и др.).

Однако в части случаев девиантное поведение у подростков обусловлено патологией формирования личности и патологическими ситуационными реакциями т.е. относятся к проявлениям пограничной психической патологии.

Классификация типов нарушенного поведения с использованием социально-психологических критериев предложена А.Г. Амбрумовой и Л.Я. Жезловой.

Выделены антидисциплинарное, антисоциальное, делинквентное и аутоагрессивное поведение.

К антидисциплинарным поступкам относятся нарушения режима и дисциплины в школе и другом учебном заведении, срыв уроков, прогулы и т.п. Антисоциальные поступки проявляются в невыполнении или непризнании нравственных норм поведения в обществе: неповиновение родителям и воспитателям, неуважение и грубости по отношению к ним, морально осуждаемые манеры поведения, отказ от учебы и трудовой деятельности, преждевременное начало половой жизни, сексуальные эксцессы, раннее употребление алкоголя и т.п.

Делинквентное поведение включает противоправные и преступные действия несовершеннолетних (вымогательства, кражи, угон транспортных средств, хулиганские выходки, нанесение телесных повреждений, совращение малолетних, изнасилования, убийства).

К аутоагрессивным, интрапунитивным по А.Е.Личко, поступкам относятся суицидальные попытки и другие формы суицидального поведения, а также различные самоповреждения.

Систематика поведенческих расстройств, включает следующие варианты

нарушенного поведения: расстройство поведения, ограничивающееся условиями семьи; несоциализированное расстройство поведения; социализированное расстройство поведения, оппозиционно-вызывающее расстройство; другие расстройства поведения; расстройство поведения, неуточненное.

Приводятся следующие критерии диагностики: «чрезмерная драчливость или хулиганство; жестокость к другим людям или животным; тяжелые нарушения собственности; поджоги, воровство, лживость, прогулы в школе и уходы из дома, необычно частые и тяжелые вспышки гнева; вызывающе провокационное поведение и постоянное, откровенное непослушание».

Таким образом, расстройства поведения характеризуются стойким типом диссоциального, агрессивного или вызывающего поведения. В своей наиболее крайней степени оно доходит до выраженного нарушения соответствующих возрасту социальных норм и является поэтому более тяжелым, чем обычный ребяческий злой умысел или подростковое бунтарство.

Изолированные диссоциальные или криминальные акты сами по себе не являются основанием для диагноза, подразумевающего постоянный тип поведения. Признаки расстройства поведения могут также быть симптомами других психических состояний, при которых должен кодироваться основной диагноз.

В некоторых случаях нарушения поведения могут перейти в диссоциальное личностное расстройство. Расстройство поведения часто сочетается с неблагоприятным психосоциальным окружением, включая неудовлетворительные семейные взаимоотношения и неудачи в школе; оно чаще отмечается у мальчиков. Хорошо обосновано его отличие от эмоционального расстройства, а его отличие от гиперактивности менее ясно, и они часто совпадают.

Диагностические указания: заключения о наличии расстройства поведения должны принимать в расчет уровень развития ребенка. Например, вспышки гнева являются нормальной частью развития 3-х-летнего ребенка и само по себе их присутствие не может служить основой для диагноза. В равной мере, нарушение гражданских прав других людей (как при насильственных преступлениях) невозможно для большинства 7-летних детей и поэтому не является необходимым диагностическим критерием для этой возрастной группы.

Примеры поведения, на которых основывается диагноз, включают: чрезмерную драчливость или хулиганство; жестокость к другим людям или животным; тяжелые разрушения собственности; поджоги, воровство, лживость, прогулы в школе и уходы из дома, необычно частые и тяжелые вспышки гнева; вызывающее провокационное поведение; и постоянное откровенное непослушание. Любая из этих категорий при ее выраженности является достаточной для постановки диагноза; но изолированные диссоциальные акты не являются основой для диагноза.

Критерии исключения включают нечастые, но серьезные лежащие в основе нарушений поведения состояния, такие, как шизофрения, мания, общее расстройство развития, гиперкинетическое расстройство и депрессия. Не рекомендуется ставить этот диагноз, пока продолжительность вышеописанного поведения не составит 6 месяцев или дольше.

Эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста.

Диагноз эмоционального (невротического) расстройства широко используется в психиатрии, где этот термин применяется примерно в том же значении, что и термин «невротическое расстройство» у взрослых. Распространенность данного расстройства составляет 2,5% как среди мальчиков, так и девочек.

Неврозы у детей отличаются рудиментарностью симптоматики и преобладанием соматовегетативных и двигательных расстройств, отсутствием личностных переживаний, глубокой личностной переработки. Отсюда редкость общих неврозов, «психоневрозов» и преобладание моносимптомных, системных неврозов.

Общие неврозы развиваются после 10 –12 лет, в пубертатном возрасте они становятся преобладающими.

Диссоциативные (конверсионные) расстройства, чаще возникают в подростковом возрасте, реже в детском. Характеризуются разнообразными соматовегетативными, двигательными, чувствительными и эмоциональными расстройствами. В возникновении этих расстройств важная роль принадлежит истерическим чертам характера, а так же воспитанию по типу «кумир семьи». Большое значение имеет механизм бегства в болезнь, своеобразная патологическая защита личности от трудных для нее ситуаций. В основе лежит конфликт, связанный с противоречием между желаемыми и реальными достижениями, ущемленным положением.

У детей младшего возраста конверсионные расстройства могут возникать непосредственно в ответ на психотравмирующее воздействие (наказание, отказ в просьбе, разлука с матерью). Проявляется истерическими реакциями, связанными со стремлением достичь желаемого. Ребенок с криком и плачем падает, беспорядочно бьется руками, ногами, головой о пол, выгибает спину дугой, такие состояния могут повторяться до 10 –20 раз в день.

Частыми двигательными расстройствами являются астазия – абазия т.е. неспособность стоять и ходить при сохранении активных и пассивных движений в лежачем положении. Наблюдаются, как правило, у девочек подростков. Значительно реже у детей наблюдаются такие проявления, как параличи, парезы, нарушения походки, нарушение способности нормально видеть и слышать.

Чаще чем двигательные, у детей встречаются соматовегетативные расстройства. Они проявляются болями в животе, сердце, головными болями, затруднением глотания, запорами. Часто в силу чрезмерной впечатлительности, такие дети предъявляют жалобы, которые они наблюдали у взрослых из ближайшего окружения.

Особую форму конверсионного расстройства у детей представляет вариант психогенного мутизма, чаще элективного мутизма. Он развивается у детей с речевым недоразвитием и чертами повышенной тормозимости, в условиях повышенной требовательности к речевой деятельности. Ведущая роль принадлежит механизму условной желательности молчания, которое защищает ребенка от речевого общения.

Расстройство должно отвечать следующим критериям:

1) отсутствие физического расстройства, которое могло бы объяснить симптомы, характеризующие данное расстройство (но могут быть физические расстройства, которые дают развитие другим симптомам);

2) имеется убедительная связь во времени между появлением симптоматики расстройства и стрессовыми событиями, проблемами или потребностями

Обсессивно-компульсивные расстройства.

В детском возрасте наблюдается редко, чаще после 12 лет и в подростковом возрасте. Если навязчивые мысли и компульсивные симптомы возникают в детском возрасте, то они часто являются компонентом тревожного или депрессивного расстройства. Основная роль отводится психотравмирующей ситуации, связанной с конфликтом между желанием и чувством долга, а также повышенным требованием к ребенку со стороны родителей. Начало может быть как острым, так и постепенным.

Обсессии могут проявляться в нескольких формах: навязчивые мысли, навязчивые сомнения, побуждения и фобии. Компульсии (ритуалы) это повторяющиеся, стереотипные движения или внешне целенаправленные поступки. Такие действия сопровождаются субъективным ощущением насильственности, необходимости их выполнения и в то же время желанием не подчиняться этому побуждению.

Примером может служить поглощенность числами и счетом, многократное перебирание, перекладывание определенных предметов. Для детей также характерно соблюдение ритуалов, например, многократное мытьё рук или перепроверка задания. Навязчивые действия осознаются как болезненные, дети часто их стесняются. Они усиливаются в психотравмирующей ситуации.

Для постановки диагноза необходимы следующие критерии:

а) как обсессии, так и компульсии (или оба вместе) представлены в большинстве дней как минимум в течение двухнедельного периода;

б) обсессии (мысли, идеи или образы) и компульсии (действия) включают следующие признаки, все из которых должны присутствовать:

1. Они воспринимаются больным, как возникшие в его собственном разуме и не навязаны окружающими влияниями или лицами;

2. Они повторяются и неприятны; как минимум, одна обсессия или компульсия должна пониматься больным как чрезмерная или бессмысленная.

3. Субъект пытается противостоять им, но если они долго существуют, то сопротивление некоторым обсессиям или компульсиям может быть незначительным. Как минимум должна быть одна обсессия или компульсия, сопротивление которой оказалось безуспешным. Осуществление компульсивных актов и обсессивные мысли сами по себе не вызывают приятных ощущений.

4. Обсессии или компульсии вызывают дистресс или мешают социальной или индивидуальной деятельности больного, обычно за счет пустой траты времени.

В дошкольном и младшем школьном возрасте наиболее частыми проявлениями невроза навязчивых состояний являются тики.

Тиком является произвольное, быстрое, повторяющееся, неритмичное

движение (обычно вовлекающее в себя ограниченные мышечные группы) или голосовая продукция, которые начинаются внезапно и явно бесцельно. Тики имеют тенденцию переживаться как неодолимые, но обычно они могут быть подавлены на различные периоды времени. И двигательные, и вокальные тики могут быть классифицированы как простые или сложные, хотя границы разграничения плохо определены.

Выделяют транзиторное и хроническое тиковые расстройства. Навязчивые тики возникают на основе различных целесообразных защитных действий (мигание при попадании инородного тела, облизывание губ при сухости, наморщивание лба при низко спущенных волосах.) Имеется потребность в повторении навязчивых действий, при невозможности этого усиливается эмоциональное напряжение и дискомфорт.

Навязчивые действия осознаются, как чуждые, дети часто их стесняются. Тики, как правило, усиливаются в психотравмирующей ситуации.

К навязчивым тикам близко примыкают патологические привычные действия – сосание пальцев, кусание ногтей, вырывание волос.

Клинические наблюдения свидетельствуют о том, что при легких формах этого расстройства исход благоприятный. При тяжелых, с рецидивирующим течением, происходит формирование патологических черт характера – тревожной мнительности, склонности к опасениям и страхам.

Транзиторное тиковое расстройство проявляется:

- а) единичными или множественными моторными и (или) вокальными тиками, которые возникают много раз в течение дня на протяжении большей части дней как минимум четырехнедельного периода;
- б) продолжительность 12 месяцев или меньше;
- в) в анамнезе нет синдрома Туретта и расстройство не является результатом соматического состояния или проявления побочных действий лекарственной терапии;
- г) начало в возрасте до 18 лет.

Хроническое моторное или вокальное тиковое расстройство характеризуется:

- а) моторными или вокальными тиками, но не те и другие одновременно, которые возникают много раз за день на протяжении большей части как минимум годичного периода.
- б) Отсутствие ремиссий на протяжении года длительностью более 2 месяцев;
- в) в анамнезе нет синдрома Туретта и расстройство не является результатом соматического состояния или проявлением побочных эффектов лекарственной терапии;
- г) начало в возрасте до 18 лет.

Комбинированное вокальное и множественное моторное тиковое расстройство (синдром де ля Туретта) проявляется:

- а) множественными моторными тиками и один или более вокальных тиков, которые присутствовали в какое-то время в течение расстройства, но не обяза-

тельно одновременно.

б) тики должны возникать много раз за день, почти ежедневно на протяжении более года, причем за этот период не должно быть ремиссий длительно-стью более 2 месяцев;

в) начало в возрасте до 18 лет.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – комплекс психических нарушений, возникающих в связи с экстремальными ситуациями.

Обычно расстройство возникает после латентного периода, продолжительностью от нескольких недель до нескольких (но не более 6) месяцев. В развитии ПТСР имеют особое значение негативные события, отличающиеся угрозой для жизни, непредсказуемостью и неконтролируемостью. Они определяются, как «травматические события, выходящие за рамки человеческого опыта».

Принята следующая классификация травмирующих событий, как причин возникновения ПТСР:

а) природные – климатические (ураганы, смерчи, тайфуны, наводнения), сейсмические (землетрясения, извержения вулканов, цунами);

б) вызванные человеком – несчастные случаи на транспорте и в промышленности, взрывы и пожары, биологические, химические и ядерные катастрофы;

в) «умышленные» бедствия (террористические акты, социальные волнения, войны). Экстремальными могут быть и ситуации, имеющие значение для отдельного человека, например акты агрессии, ситуация изнасилования и т.п. Данный вид нарушений впервые был описан Оппенгеймом в 1888 г и получил название травматического невроза.

Много работ, посвященных этой проблеме, появляется после значительных военных конфликтов, а также после тяжелых природных и техногенных катастроф.

В качестве самостоятельного расстройства посттравматический стрессовый симптомокомплекс был выделен в 1980 году. М.Д. Horowitz предложил термин ПТСР. Группа авторов под руководством Horowitz выработала диагностические критерии, которые были приняты для классификации психических заболеваний DSM – III, а, затем, почти без изменений были приняты МКБ-10.

Одно из важных проявлений является то, что больные очень редко самостоятельно обращаются за помощью в психиатрические и вообще, медицинские учреждения. С практической точки зрения это значит, что большинство пациентов остается вообще без необходимой им помощи и в связи с этим возникает проблема специальной ее организации. Для диагностики ПТСР широко используются специальные шкалы.

В странах СНГ используются стандартные шкалы (симптоматический опросник здоровья). Показатели распространенности ПТСР колеблются от 10% у свидетелей событий до 95% среди тяжело пострадавших.

Эпидемиологические обследования, проведенные в США среди ветеранов Вьетнамской войны, позволили установить ПТСР у 30% лиц, парциальные и субклинические проявления были дополнительно выявлены еще у 22% участ-

ников войны. В этой же работе говорится, что у лиц, переживших нацистские концлагеря, распространенность ПТСР составляла до 85 – 100%.

Случаи ПТСР в мирное время составляют в популяции 0,5% у мужчин и 1,2% у женщин. В работе, проведенной сотрудниками научного центра психического здоровья РАМН, указывается, что показатель распространенности ПТСР среди участников гражданского противостояния в Москве в октябре 1993 года составил 57%.

Клинические проявления ПТСР обычно развивается после острой реакции на стресс, которая может характеризоваться растерянностью, страхом, психомоторным возбуждением или ступором, паническими реакциями, сужением сознания, мнестическими нарушениями, а также нарушениями, отражающими характер экстремального воздействия (например, иллюзия колебания земли после землетрясения).

Иногда возникают острые психотические состояния с дезориентировкой, снопоподобными зрительными и слуховыми галлюцинациями, в содержании которых отражаются пережитые события. Эти состояния могут расцениваться, как острые реактивные психозы (аффективно-шоковая реакция).

В отличие от острой стрессовой реакции ПТСР возникает не в момент стрессового события, а в отдаленные сроки – после вывода пациента из стрессовой ситуации.

Подострые нарушения психики характеризуются дереализационными и деперсонализационными расстройствами, тревожно-депрессивными состояниями с чувством страха за свою жизнь, кошмарными сновидениями, депрессивными реакциями с конверсионными расстройствами. Возможны реакции эйфорического типа с многоречивостью, резкой недооценкой пациентами своего соматического состояния. Особенно стойкими являются депрессивные и обсессивно-фобические расстройства (пугающие образные воспоминания о стрессовом событии) и нарушения сна.

Эти расстройства принимают хроническое течение и сохраняются после нормализации соматического состояния. Именно эти расстройства укладываются в клиническую картину раннего этапа формирования ПТСР.

В дальнейшем развитии ПТСР имеет место проявление двух групп клинических явления: продолжающиеся наплывы в сознании больного экстремальной ситуации с сопутствующими аффективными реакциями (тревога, ужас, страх) и избегающее поведение, т.е. стремление уйти от всего, что может напоминать о трагическом событии. Навязчивые воспоминания обычно возникают без каких-бы то ни было внешних стимулов, но сопровождающие их переживания чрезвычайно сильные, такие, как событие вновь происходило бы в реальности. Еще более выраженные реакции возникают в ответ на напоминающие о них внешние раздражители.

На этой стадии в клинике на первый план выступают расстройства сна, раздражительность, взрывчатость, снижение памяти, внимания. Все это сопровождается депрессией, тревогой, часто присоединяется алкоголизм (вероятно по механизму компенсации). Больным трудно ужиться даже в своем близком,

привычном окружении, они раздражительны, агрессивны, причем вспышки злобы и агрессии со стороны кажутся немотивированными.

В целом, особенности поведения больных ПТСР напоминают картину психопатоподобного состояния. Однако, это сходство чисто внешнее, поскольку больные испытывают глубокую тревогу, тоску, подавленность, с чувством вины, бесполезности своей жизни, даже с суицидальными мыслями, они страдают от насильственных воспоминаний о той ситуации, которую пережили, причем последние часто бывают в виде внезапно возникающих ярких образных представлений (flashbacks).

Мир других людей, их заботы, тревоги, волнения представляются больным мелким и никчемным. Выражены нарушения сна, причем не только трудности засыпания и ранние пробуждения, но и тягостные сновидения, которые оживляют переживания. Употребление алкоголя и наркотиков, которое на первых порах приносит некоторое облегчение, у многих больных переходит в употребление с вредными последствиями, либо в синдром зависимости.

Таким образом, клиническая картина ПТСР представляется сочетанием психопатоподобных (асоциальных, эксплозивных, истерических) расстройств поведения, усугубляемых алкоголизацией, употреблением наркотиков и тяжелой невротоподобной симптоматикой.

На более отдаленном этапе (через 12-14 месяцев) возможны состояния, характеризующиеся нарушениями сна, чувством отчаяния, пессимистической оценкой ситуации в стране, отождествлением этой ситуации с собственной судьбой. Эти состояния настолько тяжелы, что приводят к утрате трудоспособности. Однако у некоторых больных, даже после редукции симптоматики и восстановления адаптации сохраняются редуцированные проявления хронического ПТСР.

Наиболее характерным является стремление больных отойти от участия в общественной жизни, их интересы переориентированы на свои частные проблемы, они избегают всяких разговоров на политические темы.

Важным аспектом ПТСР представляется проблема коморбидности, некоторые авторы указывают, что этот вид расстройств представляется сочетанной патологией, в формировании которой играют роль как психогенные, так и экзогенно-органические факторы. В пользу такого подхода свидетельствует и то, что у больных с первоначально функциональным уровнем нарушений, в последующем могут формироваться сосудистые нарушения, быстро развивающиеся до уровня дисциркуляторной энцефалопатии.

Течение ПТСР – волнообразное, выздоровление возможно при правильно проведенном лечебно-реабилитационном процессе, при наличии хороших социальных условий, в первую очередь, благоприятной семейной обстановки.

Полное выздоровление наблюдается у 30% больных, у 40% сохраняются стертые проявления ПТСР, у 20%, несмотря на лечение сохраняются нарушения средней тяжести, и, наконец у 10% с течением времени может наблюдаться прогрессивное течение с нарастающей социальной дезадаптацией.

Расстройство адаптации - патологическая поведенческая реакция на пси-

хосоциальный стрессор, вызывающая нарушения в социальной и трудовой жизнедеятельности.

Стрессоры – в диапазоне нормальных человеческих переживаний, например, рождение ребенка, начало учебы, женитьба, потеря работы, развод, болезнь.

Состояния субъективного дистресса и эмоционального расстройства, обычно препятствующие социальному функционированию и продуктивности и возникающие в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому жизненному событию (включая наличие или возможность серьезной физической болезни).

Диагностические критерии:

а) развитие симптомов должно происходить в течение одного месяца после подверженности идентифицируемому психосоциальному стрессору, который не представляет собой необычный или катастрофический тип;

б) симптомы или нарушение поведения по типу, обнаруживаемому при других аффективных расстройствах (за исключением бреда и галлюцинаций), любых расстройствах (невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства) и расстройствах поведения, но при отсутствии критериев для этих конкретных расстройств.

Симптомы могут быть вариабильными по форме и тяжести.

Короткая депрессивная реакция - преходящее легкое депрессивное состояние, длительностью не более одного месяца.

Пролонгированная депрессивная реакция - легкое депрессивное состояние, возникшее в результате пролонгированного действия стрессорной ситуации, но длительностью не более двух лет.

Смешанная тревожная и депрессивная реакция - симптомы и тревоги, и депрессии отчетливо выражены, но по уровню не выше, чем определено для смешанного тревожного и депрессивного расстройства или других смешанных тревожных расстройств.

С преобладанием расстройств других эмоций: симптомы обычно нескольких эмоциональных типов, такие как тревога, депрессия, беспокойство, напряженность и гнев. Симптомы тревоги и депрессии могут отвечать критериям смешанного тревожно-депрессивного расстройства или других смешанных тревожных расстройств, но они не столь доминируют, что другие более специфические депрессивные или тревожные расстройства могли бы быть диагностированы. Эта категория должна также использоваться для реакций у детей, у которых также присутствует регрессивное поведение, такое как энурез или сосание пальцев.

С преобладанием нарушения поведения. Основное нарушение затрагивает поведение, например, у подростков реакция горя проявляется агрессивным или асоциальным поведением.

Со смешанными расстройствами эмоций и поведения. Расстройства адаптации наиболее характерны для подросткового возраста, но могут возникать в любом возрасте, чаще при наличии предрасположенности. Чаще это больные с

личностной тревожностью, склонностью к преувеличению значимости стрессовых событий.

Более уязвимы лица с серьезными соматическими или неврологическими заболеваниями, инвалиды. Игруют роль в предрасположенности к расстройствам адаптации такие факторы, как фрустрация в детском возрасте вследствие ранней потери родителей, недостаток родительской ласки.

Течение и прогноз – большинство симптомов ослабевает со временем без лечения, особенно после окончания действия стрессора. В ряде случаев возможно возникновение вторичной депрессии, тревоги, злоупотребления психоактивными веществами.

Соматоформные расстройства. Главным признаком соматоформных расстройств является повторяющееся возникновение физических симптомов наряду с постоянными требованиями медицинских обследований вопреки подтверждающимся отрицательным результатам и заверениям врачей об отсутствии физической основы для симптоматики.

Если физические расстройства и присутствуют, то они не объясняют природу и выраженность симптоматики или дистресса и озабоченности больного. Даже когда возникновение и сохранение симптоматики тесно связаны с неприятными жизненными событиями, трудностями или конфликтами, больной обычно противится попыткам обсуждения возможности ее психологической обусловленности; это может иметь место даже при наличии отчетливых депрессивных и тревожных симптомов.

Достижимая степень понимания причин симптоматики часто является разочаровывающей и фрустрирующей как для пациента, так и для врача. При этих расстройствах часто наблюдается некоторая степень истерического поведения, направленного на привлечение внимания, особенно у больных, которые негодуют в связи с невозможностью убедить врачей в преимущественно физической природе своего заболевания и в необходимости продолжения дальнейших осмотров и обследований.

Соматоформная вегетативная дисфункция. Жалобы предъявляются больным таким образом, будто они обусловлены физическим расстройством той системы или органа, которые в основном или полностью находятся под влиянием вегетативной нервной системы, т.е. сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной или дыхательной системы. (Сюда частично относится и мочеполовая система). Наиболее частые и яркие примеры относятся к сердечно-сосудистой системе («невроз сердца»), дыхательной системе (психогенная одышка и икота) и желудочно-кишечной системе («невроз желудка» и «нервный понос»).

Симптомы обычно бывают двух типов, ни один из которых не указывает на физическое расстройство затрагиваемого органа или системы.

Первый тип симптомов, на котором во многом основывается диагностика, характеризуется жалобами, отражающими объективные признаки вегетативного возбуждения, такие как сердцебиение, потение, покраснение и тремор.

Второй тип характеризуется более идиосинкратическими, субъективными и неспецифическими симптомами, такими как ощущения мимолетных болей,

жжения, тяжести, напряжения, ощущения раздувания или растяжения. Эти жалобы относятся больным к определенному органу или системе (к которым может относиться и вегетативная симптоматика).

Характерная клиническая картина складывается из отчетливого вовлечения вегетативной нервной системы, дополнительных неспецифических субъективных жалоб и постоянных ссылок больного на определенный орган или систему в качестве причины своего расстройства.

У многих больных с этим расстройством имеются указания на наличие психологического стресса или затруднения и проблемы, которые представляются связанными с расстройством. Тем не менее, у значительной части больных, отвечающих критериям данного расстройства, отягощающие психологические факторы не выявляются.

В некоторых случаях могут также присутствовать незначительные нарушения физиологических функций, такие как икота, метеоризм и одышка, но сами по себе они не нарушают основного физиологического функционирования соответствующего органа или системы.

Эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста:

- а) тревожное расстройство в связи с разлукой в детском возрасте;
- б) фобическое тревожное расстройство детского возраста;
- в) социальное тревожное расстройство детского возраста;
- г) расстройство сиблингового соперничества;
- д) другие эмоциональные расстройства детского возраста;
- е) эмоциональное расстройство детского возраста, неуточненное;
- ж) тревожное расстройство в связи с разлукой в детском возрасте.

Традиционно расстройство считается следствием неудовлетворительного разрешения конфликта между стремлением к самостоятельности и страхом отрыва от опекаемых лиц. В большинстве случаев это результат неправильного стиля воспитания – потворствующей гиперпротекции.

Некоторые родители обучают детей быть чрезмерно боязливыми, преувеличивая внешние опасности и свою опеку. Одна из причин расстройства – психотравматизация ребенка в грудном возрасте в связи с реальным расставанием с матерью. Определенную роль играет генетический фактор. У родителей таких детей выше, чем в популяции процент тревожно-депрессивных расстройств.

Клиника. Расстройство обнаруживается до 4 летнего возраста и наибольшие клинические проявления приходятся на начало школьного обучения. Для таких детей характерно то, что психологически понятные страхи приобретают сверхценный характер.

У детей младшего возраста (4-8 лет) в большей степени выражены конкретные опасения в связи с возможным расставанием с матерью или другими близкими например, в результате того, что ребенка украдут, потеряют, убьют. Ребенок постоянно стремится удерживать рядом с собой своих родителей и требует внимания. Он нередко беспокоится о том, что с родителями может произойти несчастный случай или они заболеют.

Тревожное расстройство этого типа является одной из причин отказа по-

сещать детский сад или школу. Нежелание расстаться может распространяться на любимые игрушки или знакомые места.

У детей более старшего возраста (9-12 лет) и подростков чрезмерное волнение и беспокойство вызывают повседневные стрессоры, такие события, как экзамены, участие в общественной деятельности с другими детьми и т.п. Ситуации, связанные с расставанием с объектом привязанности сопровождаются соматическими симптомами: тошнота, рвота, боли в животе, головные боли. Страдает автономность поведения – ребенок не в состоянии спать отдельно, навещать друзей или выходить из дому, выполняя поручения родителей, пребывать в пионерских лагерях.

Повышенная зависимость от матери проявляется в том, что подростки (особенно мальчики), предпочитают привлекать ее для покупки предметов одежды, содействия при вхождении в социально значимые занятия (спортивную секцию, театральные кружки и т.п.). Течение хроническое с обострениями в период социального стресса или соматического заболевания.

Особая форма этого расстройства – отказ от посещения школы. Встречается у учащихся младших классов. В основе сверхценный страх разлуки с матерью. Проявляется жалобами на головные боли, боли в желудке, энурезом, энкопрезом, рвотой, диареей. Такие жалобы предъявляются исключительно в дни школьных занятий, а не в другое время.

В катамнестическом периоде для больных характерны трудности профессионального приспособления, низкий уровень самоутверждения и повышенная ипохондричность.

Для постановки диагноза «Тревожное расстройство в связи с разлукой в детском возрасте» должны присутствовать следующие критерии:

А. По меньшей мере 3 признака из числа следующих:

1) несоответствующее реальности постоянное беспокойство в связи с возможной потерей или возможными неприятностями у основных фигур, к которым привязан ребенок (например, страх, что они покинут его и не вернуться), или постоянная озабоченность, что они могут умереть;

2) несоответствующая реальности постоянная озабоченность, что какое-нибудь нежелательное событие разлучит ребенка с основной фигурой, к которой он привязан (например, из-за того, что ребенок потеряется, будет похищен, помещен в больницу или убит);

3) ребенок с постоянной неохотой ходит в школу или отказывается туда ходить из-за страха разлуки с основной фигурой, к которой он привязан, или с тем, чтобы остаться дома (что преобладает над другими причинами, такими как страх неприятных происшествий в школе);

4) затруднения в том, чтобы расстаться на ночь, что проявляется одним из следующих признаков:

а) ребенок с неохотой идет спать или отказывается от этого, соглашаясь только с условием, чтобы быть рядом с основной фигурой, к которой он испытывает привязанность;

б) по ночам часто встает с постели, чтобы удостовериться, что лицо, к ко-

тому он испытывает привязанность, не покинуло его или чтобы спать рядом с ним;

в) постоянное нежелание или отказ спать вне дома;

5) постоянный неадекватный страх остаться днем дома в одиночестве или без основной фигуры, к которой испытывается привязанность;

6) повторяющиеся кошмары, содержание которых связано с разлукой;

7) повторяющееся возникновение физических симптомов (таких как тошнота, боль в животе, головная боль или рвота) в случаях, связанных с разлукой с основной фигурой, к которой испытывается привязанность, например, при уходе в школу или в других случаях, связанных с разлукой (отъезд на каникулы, в лагеря и пр.);

8) при разлуке с основной фигурой, к которой ребенок испытывает привязанность, перед ней или сразу после нее, или в предвидении ее возникает чрезмерный, повторяющийся дистресс (о чем свидетельствуют тревога, плач, гнев, несчастный вид, апатия или аутизация).

Б. Отсутствие критериев генерализованного тревожного расстройства детского возраста.

В. Начало до 6-летнего возраста.

Г. Расстройство не возникает как часть более широкого нарушения эмоций, поведения или личности или общего расстройства развития, психотического расстройства или расстройства, связанного с употреблением психоактивного вещества.

Д. Продолжительность по меньшей мере 4 недели.

Фобическое тревожное расстройство детского возраста. Незначительные проявления фобий обычны для детского возраста. Как правило, возникающие у детей страхи относятся к животным, насекомым, темноте, к школе или смерти. Большинство детских страхов проходит без специфического лечения. Некоторые фобии могут проявляться в необычно раннем возрасте и касаться широкого круга проблем и ситуаций. Фобии, имеющие связь с определенной фазой развития ребенка, кодируются в данной рубрике.

Для постановки диагноза состояние должно соответствовать следующим критериям:

А. Постоянный или периодически возникающий страх (фобия), который соответствует фазе возрастного развития (или соответствовал при появлении), но который аномален по тяжести и связан с существенным социальным нарушением.

Б. Отсутствие критериев генерализованного тревожного расстройства детского возраста.

В. Расстройство не возникает как часть более широкого нарушения эмоций, поведения или личности или общего расстройства развития, психотического расстройства или расстройства, связанного с употреблением психоактивного вещества.

Г. Продолжительность как минимум 4 недели.

Социальное тревожное расстройство детского возраста.

Расстройство преобладает у девочек. Предрасполагающим фактором являются конституциональные особенности, темперамент, психологические травмы и сексуальное насилие в раннем возрасте, затяжные соматические заболевания. Родители часто выступают в качестве модели подражания или неадекватно поощряют робость в поведении ребенка. Расстройство возникает в возрасте, когда страх посторонних перестаёт быть нормой, обычно в промежутке от 3 до 6 лет. Обращает на себя внимание разница в поведении в домашней и внесемейной обстановке.

Дети достаточно оживлены и адекватны в общении с близкими людьми. В незнакомой обстановке они краснеют, переходят на шепотную речь или молчат, стараются спрятаться, плачут при попытке вовлечь их в коллективные игры. Дети избегают контактов с незнакомыми людьми и даже сверстниками.

Деадаптация наиболее ярко выражена во время отдыха (спортивные игры, развлекательные мероприятия), но в отдельных случаях может страдать учебный процесс. Самооценка в целом снижена и высока коморбидность с депрессивным синдромом. В подростковом возрасте у таких детей нередко наблюдается задержка социального развития.

Для постановки диагноза необходимо наличие следующих критериев:

А. Постоянная тревога в социальных ситуациях, в которых ребенок имеет дело с незнакомыми людьми, включая сверстников, проявляется социально уклоняющимся поведением.

Б. Ребенок обнаруживает робость, стеснительность или повышенную озабоченность адекватностью своего поведения, когда взаимодействует с незнакомыми людьми.

В. Имеется существенное нарушение социальных (в том числе со сверстниками) взаимоотношений, которые являются вследствие этого ограниченными; в новых социальных ситуациях или в тех, в которых ребенок участвует поневоле, он испытывает существенный дистресс или дискомфорт, что проявляется плачем, отсутствием спонтанной речи или социальной аутизацией.

Г. Социальные взаимоотношения со знакомыми лицами у ребенка удовлетворительны (с членами семьи или со сверстниками, которых он хорошо знает).

Д. Начало расстройства обычно совпадает с возрастной фазой развития, при которой эти тревожные реакции считаются адекватными. Аномальная тяжесть, хронический характер и возникающее в результате нарушение должны проявляться до 6-летнего возраста.

Е. Отсутствуют критерии генерализованного тревожного расстройства детского возраста.

Ж. Расстройство не развивается как часть более широких нарушений эмоций, поведения или личности или общего расстройства развития, психотического расстройства или расстройства, связанного с употреблением психохотивного вещества.

3. Продолжительность по меньшей мере 4 недели.

Расстройство сиблингового соперничества. Высокий процент или даже большинство маленьких детей проявляет какую-либо степень эмоционального

расстройства, наступающего вслед за рождением младшего ребенка в семье. В большинстве случаев это расстройство легкое, но иногда оно может отличаться стойкостью.

Патологическим это состояние расценивается в тех случаях, если присутствуют следующие симптомы:

А. Выраженная интенсивная отрицательная установка по отношению к последующему младшему ребенку в семье. В тяжелых случаях это может сопровождаться открытой жестокостью или физической травмой сибса злобностью к нему, принижением сибса. В случаях меньшей выраженности это может проявляться сильным нежеланием делиться, отсутствием положительного внимания и недостаточностью дружеских взаимодействий.

Б. Эмоциональные расстройства могут принимать различные формы, часто включая некоторую регрессию с потерей ранее приобретенных навыков (таких как контроль за функцией кишечника и мочевого пузыря) и тенденцией к младенческому поведению. Обычно возрастает конфронтационное или оппозиционное поведение с родителями, вспышки гнева и дисфории, проявляемые в форме тревоги несчастья или социальной отгороженности. Может нарушаться сон, и часто возрастает напор на родителей для достижения их внимания, особенно в ночное время.

В. Начало в течение 6 месяцев после рождения сиблинга, непосредственно следующего за рождением данного ребенка.

Г. Продолжительность как минимум 4 недели.

Генерализованное тревожное расстройство детского возраста. Представленность по полу равномерная, чаще встречается в хорошо обеспеченных семьях. В этиологии значима генетическая предрасположенность и резидуальный органический фон.

У матерей больных выше уровень тревожных расстройств, в сравнении с популяцией. Решающую роль играют психологические и средовые факторы. Для родителей характерна озабоченность социальным успехом и завышение ожиданий, предъявляемых ребенку.

Клиника. Поводы для проявлений тревоги разнообразны, например, выполнение школьных заданий, события в будущем, в ходе которых как-то оценивается деятельность больного, соответствие ожиданиям окружающих. Дети выглядят напряженными, робкими, неуверенными в себе, склонными к самоуничижению. Они болезненно чувствительны к критике и гордятся своим гипертрофированным послушанием. Серьезны и зрелы не по годам.

Мотивация к социальному успеху позволяет больным добиться удовлетворительной социальной адаптации, но это сопровождается постоянным и чрезмерным внутренним напряжением. Часто генерализованное тревожное расстройство сопровождается кусанием ногтей, вырыванием волос, сосанием большого пальца, энурезом.

Во взрослом возрасте высок риск появления тревожных, аффективных и соматоформных расстройств. Для диагностики необходимо присутствие следующих критериев:

Энурез неорганической природы. Несвоевременное опорожнение мочевого пузыря ребенком старше 5 лет при отсутствии органической патологии. Распространенность составляет 7% среди мальчиков и 3% среди девочек в возрасте до 5 лет.

Дневной энурез встречается значительно реже. В этиологии значимым является генетический фактор. Конкордантность по расстройству у однояйцевых близнецов значительно выше, чем у двуяйцевых. При нормальном анатомическом строении, энуретики обладают «функционально малым» мочевым пузырем, вынуждающим испытывать позыв к мочеиспусканию при меньшем, чем в норме количестве мочи. Может иметь значение и характер приучения к чистоте. Ряд стрессовых факторов бесспорно провоцируют рецидив или усиливают имеющийся энурез.

Первичный энурез встречается в 80% случаев, возникает изначально у ребенка с несформированными навыками опрятности, вторичный – в результате психосоциальных стрессов, обычно в возрасте 5-7 лет после периода удовлетворительного контроля за мочеиспусканием. Временное изъятие из психотравмирующей обстановки приводит к урежению энуреза.

Для энуретиков характерны черты тормозимости, робости, тревожности, боязливости, заниженной самооценки. Дети переживают, стесняются своего недостатка. У них развивается синдром тревожного ожидания, что ведет к нарушению сна. Невротический энурез никогда не бывает единственным расстройством, он сочетается с другими невротическими симптомами, раздражительностью, капризностью, плаксивостью.

Энкопрез неорганической природы. Распространенность составляет 1-1,5% в возрасте 5 лет, у подростков он крайне редок. Наиболее вероятной является полиэтиологическая модель, предполагающая сочетание задержек развития контроля дефекации с влиянием разного рода психосоциальных факторов.

Имеется наследственная отягощенность – расстройство выявляется у 15% отцов больных. Типичным для семейной структуры является предельно заниженная роль отца в воспитании больного и регидная авторитарная позиция матери, подавляющая стремление ребенка к самостоятельности.

Вызывается обычно тяжелым конфликтом между ребенком и родителями. Клиника характеризуется тем, что ребенок со сформировавшимися навыками опрятности в дневное время, периодически выделяет небольшое количество испражнений «слегка пачкает штаны». Дети не ощущают позывов на дефекацию, болезненно переживают свой недостаток. Как компенсаторная реакция – утрированная чистоплотность. Энурез сочетается с раздражительностью, плаксивостью, другими невротическими расстройствами.

Заикание. Распространенность составляет 2-4% у лиц детского возраста, преобладает у мальчиков. К подростковому возрасту сохраняется у 1%. Имеется генетическая обусловленность, о чем свидетельствует высокая конкордантность у однояйцевых близнецов.

С точки зрения психогенной теории заболевание объясняется конфликтами с опекающими фигурами в раннем детском возрасте. Начало в большинстве

случаев в 2-4 года. Развивается постепенно, первыми признаками являются повторения начальных звуков в словах, первых или наиболее трудных слов в предложениях в моменты эмоционального напряжения или спешки.

Эпизоды заикания могут чередоваться с эпизодами интактной речи. Полное разворачивание симптоматики не исключает отсутствие симптомов при декламации, пении или обращении к животным. В начальной школе проявления заикания становятся более постоянными. В раннем подростковом возрасте заикание проявляется в специфических обстоятельствах, в основном при публичных выступлениях. Заикание сопровождается напряжением мышц лица, нередко тиками, появляется вторичная невротизация, избегание ситуаций, требующих речевого общения.

Общие лечебные мероприятия. На первом плане должны стоять и могут быть достаточными педагогические воздействия на ребенка и соответствующие рекомендации родителям или даже проведение с ними психотерапии.

Существуют различные стратегии предоставления ребенку поддержки, устранения или смягчения стресса. Иногда удаётся достичь положительного результата, дав возможность ребенку высказаться, объяснить свои чувства, покаяться, облегчить ощущение вины.

Маленькие дети нуждаются в удобном месте для игры, в процессе которой они могли бы раскрыть психотерапевту испытываемый ими дистресс. В лечении подростков используются групповые формы психотерапии различного рода.

Семейная терапия предполагает работу со всеми членами семьи как с единой группой в процессе её жизнедеятельности, это позволяет прояснить характер личностных реакций и выявить напряжение в отношениях, а затем наметить пути формирования более эффективных способов взаимодействия.

Широкое использование находит поведенческая психотерапия для модификации поведения путем поощрения его желательных форм и устранения нежелательных. Лекарственная терапия. Лекарства в детской психиатрии имеют ограниченное применение. В каждом отдельном случае решение об использовании принимается обдуманно, при наличии веских показаний. Такая осторожность объясняется тем, что мы не знаем, какое именно действие окажут фармакологические препараты на незрелый мозг, на развивающийся организм ребенка, нельзя также не учитывать и проблему побочных эффектов.

ГЛАВА 6. МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ

Маниакально-депрессивный психоз (аффективные расстройства настроения). Это заболевание характеризуется сменой аффективных фаз: маниакальной, депрессивной, сдвоенной или смешанной, в промежутках между которыми отсутствуют какие-либо болезненные явления. В соответствии с Международной классификацией 10-го пересмотра это расстройство — нарушение аффекта как в сторону угнетения, так и в сторону подъема.

Эти изменения настроения сопровождаются изменением общего уровня

активности. В большинстве случаев имеется тенденция к повторяемости, а начало эпизодов нарушенного настроения часто связано с трудными жизненными ситуациями.

Распространенность. Наблюдаются эти расстройства настроения не только у взрослых, но, хотя и значительно реже, у подростков и детей. Младше 3 лет эти расстройства не обнаруживаются. Единичные типичные случаи встречаются в 7-10 лет. Они и у подростков наблюдаются относительно редко (2,4%), однако можно предположить, что из-за атипичной симптоматики не все случаи распознаются.

Среди всех заболевших аффективным психозом только у 8,2% он диагностируется до 19 лет. Наиболее часто они впервые возникают во время возрастного криза у подростков. Возможно, что наиболее часто аффективные расстройства у детей и подростков проявляются в неразвернутой форме циклотимий, а также в форме поведенческих и соматических эквивалентов. Начиная с подросткового возраста, девочки заболевают чаще мальчиков. Клиническая картина. Приступы (фазы) нарушенного настроения могут быть единичными в течение всей жизни или повторяться неоднократно. Одни больные страдают только фазами сниженного настроения (депрессиями) или повышенного настроения (маниями), что называется униполярным расстройством настроения.

У других больных встречаются как депрессии, так и мании (биполярное расстройство настроения). В части случаев вместо расстройств настроения на передний план выступают соматические симптомы: головные боли, астенические проявления, неприятные или болезненные ощущения в груди и т.д. Такие состояния называются маскированными депрессиями, или маниями.

По степени тяжести аффективные расстройства могут быть легкими, умеренными и тяжелыми.

Маниакальная (гипоманиакальная) фаза. Ее типичные проявления складываются из повышенного настроения, двигательного оживления, многоречивости, переоценки собственной личности. У подростков и детей чаще преобладают шалости, чрезмерная двигательная активность, неуместное стремление к общению, подвижным играм со сверстниками, неуместной и шумной возне. Нередко моторное возбуждение сопровождается назойливостью, бесцеремонностью, циничностью, задиристостью, а иногда раздражительностью и даже злобностью, гневливостью и агрессивностью.

Практически всегда имеющееся ускорение течения мыслей находит свой выход в непрекращающихся комментариях о происходящем вокруг, бесконечных вопросах, советах, указаниях окружающим, а также в пении и декламации стихов. Отсутствует сознание болезни, нет чувства усталости, утомления. Продолжительность сна коротка (не более 2—4 часов).

Усиление влечений проявляется прожорливостью, которое сопровождается похуданием. Больные также сексуально расторможены, что проявляется интенсивным онанизмом, в том числе и групповым. Возможно возникновение стремлений к гомосексуальным и гетеросексуальным контактам, в том числе и по-

пытки к сексуальной агрессии. У части больных соматические симптомы оказываются более выраженными, чем аффективные расстройства.

Продолжительность гипоманиакальной или более выраженной маниакальной фазы составляет у детей и подростков несколько недель. Возрастные особенности гипоманиакальных фаз заключаются в том, что с возрастом уменьшается яркость положительных эмоциональных проявлений и соматических нарушений, нарастает двигательная активность, усиливаются влечения, появляются дисфорические оттенки настроения или асоциальные тенденции в поведении.

У подростков наиболее часто эта фаза проявляется поведенческими эквивалентами, которые выражаются в школьных прогулах, побегах из дома, чрезмерной заносчивости и драчливости, а также алкоголизации, обнаженной сексуальности.

Депрессивная фаза. Классическая форма депрессии характеризуется триадой признаков: сниженным настроением, падением двигательной активности и замедлением мышления. У подростков и детей чаще вместо тоски временами или постоянно появляются злобность, мрачность или угрюмость. При этом их раздражение направлено не на себя, а на окружающих, и поведение нередко становится агрессивным.

У детей может наблюдаться утомляемость, «скучное настроение». Двигательная заторможенность - большая редкость. Участие же в школьных занятиях, настольных играх становится менее продуктивным, затрудняется общение. Дети отказываются играть в живые эмоциональные игры. Возникающие идеи собственной малоценности, самообвинения, самоуничтожения лишены серьезной аргументированности, опираются на несколько или даже один факт из жизни больного.

Даже у детей могут появиться мысли о самоубийстве, при этом они особенно упорны при наличии глубокой тоски, отчаяния или выраженных идеях виновности. В зависимости от преобладающей симптоматики описываются меланхолический, ипохондрический, астенопатический, деперсонализационный и тревожный варианты. Однако наибольшие трудности для распознавания представляют соматический и поведенческий эквиваленты.

При депрессиях могут иметь место соматические расстройства: желудочно-кишечная симптоматика (боли в животе, диспепсические явления, тошнота и др.), головные боли, сердечно-сосудистые проявления (лабильность пульса, тахикардия, неприятные ощущения в груди), расстройство сна.

Во время депрессии обостряются или впервые обнаруживаются психосоматические расстройства: бронхиальная астма, нейродермит, язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, ожирение. Если физические симптомы маскируют невыраженные проявления депрессии, что характерно для детей и подростков, то в этом случае диагностируется соматический эквивалент, или латентная (соматизированная) депрессия.

Для подростков и детей типично также, когда на первое место в клинической картине выступают отказ от посещения школы, уходы из дома, бродяжни-

чество, разрыв с друзьями, присоединение к асоциальной компании, конфликтность, агрессивность, совершение антисоциальных поступков.

Эти случаи называются поведенческими (делинквентными) эквивалентами депрессии. Продолжительность депрессивных фаз в детско-подростковом возрасте меньше, чем у взрослых. Она в среднем составляет 1—4 недели. Депрессия может сочетаться с психомоторным возбуждением, страхами, тревогой, дистимиями и соматическими симптомами, сочетающимися с болевыми ощущениями.

Возрастные особенности депрессии. В младенческом возрасте преобладают соматические и псевдорегрессивные расстройства, в младшем дошкольном - неврозоподобные и соматоалгические симптомы, в младшем и среднем школьном — соматические и поведенческие эквиваленты, а в типичных случаях появляются мысли о неполноценности, снижение активности.

Для подросткового возраста наиболее характерны суицидальные мысли и намерения. Циклотимия — это состояние хронической нестабильности настроения с многочисленными эпизодами легкой депрессии и легкой приподнятости настроения. Временами настроение может быть нормальным и стабильным в течение многих месяцев. Изменения настроения воспринимаются индивидом как не связанные с обстоятельствами жизни.

Циклотимия редко попадает в поле зрения специалистов (врачей, психологов), так как изменения настроения относительно легкие, а периоды приподнятого настроения доставляют удовольствие.

Этиология. Причина аффективного психоза до сих пор остается недостаточно ясной. У многих больных очевидна роль наследственной отягощенности. В качестве предрасположения могут быть особенности преморбидной личности.

Биохимические гипотезы объясняют происхождение психоза снижением активности адреналина при депрессиях и ее повышением при маниях, что связывают с изменением чувствительности синаптических рецепторов.

К провоцирующим факторам, особенно в подростковом возрасте, относят выраженные сдвиги в эндокринной системе, черепно-мозговые травмы и в меньшей степени инфекционные заболевания мозга.

Лечение. В терапии маниакальных состояний используют нейролептики: аминазин, галоперидол, триседил и соли лития. Назначение медикаментов при депрессиях зависит от их тяжести и особенностей симптоматики. Обязательно применение имизина (мелипрамина) или amitриптилина. Тревожная депрессия купируется добавлением тизерцина или хлорпротиксена.

При адинамических депрессиях добавляют малые дозы нейролептиков: трифтазина, галоперидола. При лечении депрессии полезна психотерапия. Больные должны находиться на диспансерном учете у психиатра. В промежутках между приступами психоза больные могут учиться, устраиваться на работу. В течение психотических приступов и особенно при их частых повторениях больные освобождаются от учебы и трудовой деятельности.

ГЛАВА 7. ШИЗОФРЕНИЯ

ШИЗОФРЕНИЯ - психическая болезнь, безумие, сумасшествие - вот некоторые из прежних обозначений этого психоза.

Это заболевание знали и древние авторы, но лишь Э. Крепелин (1896) нашел его общие признаки и объединил его разные психические проявления под общим названием «раннее слабоумие».

Однако вскоре стало ясно, что ни слабоумие, ни раннее начало не обязательны для этого психоза. Обнаружив при этом заболевании «элементарные расстройства в недостаточном единстве, в раздробленности и расщеплении мышления, эмоций и воли и субъективного чувства личности», Э. Блейлер (1911) назвал его шизофренией. Оно является самым загадочным заболеванием нашего времени.

Шизофрения - хронически текущее прогрессирующее психическое заболевание, характеризующееся диссоциативностью психических функций, т. е. утратой единства психических процессов с быстро или медленно развивающимися изменениями личности особого типа: аутизмом (прогрессирующей интравертированностью), эмоциональным оскудением (уплощением), снижением активности (падением энергетического потенциала) и разнообразными продуктивными психопатологическими расстройствами (галлюцинациями, бредом, аффективными нарушениями и т. д.).

Первый признак шизофрении заключается в том, что она, как и всякое другое заболевание, имеет начало и хроническое течение. Вторым признаком шизофрении — развитие более или менее выраженных стойких изменений психики после периода выраженных и меняющихся по своей интенсивности симптомов. Для шизофрении характерны не сами изменения психики, а их своеобразие.

Утрата единства психических процессов обнаруживается в форме разнообразных расстройств: нарушения естественно-логического строя мышления, выпадения руководящих целевых представлений в речевом потоке, оторванности высказываний от содержания ситуации, несоответствия эмоций высказываниям и поведению и т. д.

Аутизм представляет отгороженность и оторванность от реальности, погружение в мир собственных внутренних переживаний. Больной в своих переживаниях своеобразно инкапсулируется от внешнего мира. У одних больных аутизм проявляется в пассивности, при этом больной не проявляет участия в делах окружающих, другие погружены в бредовые переживания и не могут вести себя так, чтобы это соответствовало окружающей реальности.

Эмоциональное уплощение, или оскудение, характеризуется утратой интереса к прежним увлечениям, привязанностям, поддержанию приличного внешнего вида, выполнению необходимых гигиенических процедур, в безразличии и инертности к жизненным побуждениям.

Снижение активности - это отсутствие инициативы и побуждений к деятельности, снижение воли.

Третий признак шизофрении - продуктивные психопатологические рас-

стройства — непостоянен. Наиболее часто все же встречаются галлюцинации, бредовые идеи, кататонические расстройства.

Клиническая картина. Шизофреническая симптоматика в целом характеризуется фундаментальными и характерными расстройствами мышления и восприятия, а также неадекватным и сниженным аффектом. Как правило, сохраняется ясное сознание и интеллектуальные способности, хотя с течением времени могут появиться некоторые когнитивные нарушения.

Расстройства, свойственные шизофрении, поражают базовые функции, которые придают нормальному человеку чувство своей индивидуальности, неповторимости и целенаправленности. Зачастую наиболее интимные мысли, чувства и действия как будто становятся известными другим или ими разделяются.

В таких случаях может развиваться разъяснительный бред, будто существуют естественные или сверхъестественные силы, которые воздействуют, часто причудливым образом, на мысли и действия человека.

Восприятие также часто нарушается: цвета или звуки могут казаться необычно яркими или качественно измененными, а малозначащие черты обычных вещей могут казаться более значимыми, чем весь предмет в целом или общая ситуация.

Растерянность также часто встречается на ранних стадиях заболевания и может привести к мысли, что повседневные ситуации обладают чем-то необычным, чаще зловещим и предназначены исключительно для данного человека.

Характерным нарушением мышления при шизофрении является то, что незначительные черты общей какой-либо концепции (которые подавлены при нормальной целенаправленной психической деятельности) становятся преобладающими и заменяют те, которые более адекватны для данных обстоятельств.

Таким образом, мышление становится нечетким, прерывистым и неясным, а речь в связи с этим иногда — непонятной. Прерывание мыслей и вмешивающиеся мысли также представляют собой частое явление. У больных появляется ощущение отнятия мыслей.

Характерно поверхностное настроение с капризностью и неадекватностью. Нередко наблюдающаяся амбивалентность (разнонаправленность чувств) проявляется, например, в одновременном существовании любовного порыва и агрессии, радости и печали. Волевые расстройства могут проявиться как инертность, негативизм или даже общая глубокая заторможенность (ступор).

Начало заболевания может быть острым с выраженными нарушениями поведения или постепенным с нарастающим развитием странных идей и малозаметными изменениями поведения.

Течение заболевания также обнаруживает значительное многообразие и никоим образом не означает неизбежное хроническое развитие или нарастающий дефект. В некоторых случаях, частота которых варьируется в разных культурах и популяциях, выздоровление может быть полным или почти полным.

Мужчины и женщины заболевают примерно одинаково часто, но у женщин имеется тенденция к более позднему началу заболевания. Хотя патогномо-

ничных симптомов нет, для практических целей целесообразно разделить вышеуказанные симптомы на группы, которые являются важными для диагностики и часто сочетаются в рамках нижеследующих синдромов или форм.

Различают следующие формы шизофрении.

Простая шизофрения получила свое название потому, что, как правило, при ней клиническая картина ограничивается основной симптоматикой, характеризующей заболевание, - нарастанием эмоционально-волевого дефекта, постепенным развитием аутизма.

Если же и появляется какая-то продуктивная симптоматика в форме оливок, идей отношения, колебаний настроения, импульсивности, ступора или двигательного возбуждения, то она не сформировывается в острые синдромы с галлюцинаторно-бредовой или кататонической симптоматикой.

Заболевание начинается очень незаметно даже для близких и родственников. Сначала падает интерес к школьным занятиям или работе, затем перестают привлекать встречи с приятелями и друзьями, забрасываются увлечения, в конце концов перестают следить за своим внешним видом.

Отмечается непродуктивное проведение времени дома или совершение бесцельных прогулок. Из-за резко сниженной собственной активности больные иногда не способны самостоятельно вернуться домой. Они могут стать жертвой непогоды или злонамеренных людей. Больные утрачивают стыдливость, возможность сопереживания, они не отзываются на боли и горести близких, а в далеко зашедших случаях не только оказываются беззащитными, но и неспособными себя обслужить.

Время от времени они совершают странные или нелепые поступки, мотивы которых объяснить не могут. Завершается эта форма шизофрении либо приспособлением к жизни дома и освоением какой-нибудь очень несложной работы под присмотром и при руководстве других лиц, либо такой степенью деградации, что жизнь даже дома из-за неправильного поведения может оказаться невозможной.

Параноидная форма - наиболее часто встречаемый тип шизофрении. Она характеризуется преобладанием в клинической картине стойкого бреда преследования, отношения и значения, высокого происхождения, особого предназначения, телесных изменений или ревности. Реже отмечаются идеи воздействия, отравления, величия, «чужих родителей», одержимости, физического недостатка, самоуничужения, виновности, недостаточного контакта, ипохондрические идеи и др.

Из галлюцинаций, возникающих на фоне ясного сознания, наиболее часто встречаются угрожающие или приказывающие голоса, а также элементарные слуховые галлюцинации: свист, смех, гудение. Могут быть обонятельные или вкусовые галлюцинации, сексуальные или другие телесные ощущения. Обычно эта форма болезни развивается постепенно.

Все начинается с подозрительности, которая направлена на кого-либо из тех, с кем общается больной. Напряжение постепенно нарастает, кажется, что вокруг шепчутся, нагнетают враждебную атмосферу вокруг больного. Пища

представляется сомнительной, неприятного вкуса, отравленной, слышатся подозрительные звуки, голоса, угрозы," по радио, телевидению делают непонятные намеки.

Бред все больше усложняется, охватывая все большее число лиц и явлений и, таким образом, составляя систему, которая то усложняется, то распадается, не сохраняя все время одну и ту же фабулу. В одних случаях нелепость бреда очевидна (родители — «марсиане»), в других - абсурдность суждений больного оказывается не столь явной (убежденность в наличии тяжелого заболевания).

Однако, как правило, постепенно даже видимая аргументированность бреда утрачивается, все заметнее становится нарушение мыслительного процесса, нарастание эмоционально-волевого дефекта и интеллектуального оскуднения.

Гебефреническая форма шизофрении возникает в период взросления. Наиболее типично для нее почти постоянное состояние возбуждения, сочетающееся с необычной, пустой, не заражающей веселостью, нелепой дурашливостью, манерностью.

Она также проявляется в утрированном, неуместном кокетстве, гримасах, подмигиваниях, акробатических ужимках, а то и в непрерывных «танцах и гимнастических упражнениях». Одновременно совершаются неожиданные, нелепые, неуместные поступки (использование взрослым самоката для передвижения по улице).

Характерна также непоследовательная речь с бессмысленным словосочетанием, неологизмами, вербигерацией или даже выраженной «разорванностью» (нарушениями логических связей в предложениях). Возможно появление отрывочных бредовых идей, более выраженных одиночных кататонических симптомов (нелепого, бурного, хаотического двигательного или речевого возбуждения, стереотипии).

Начинается обычно эта форма относительно остро и протекает быстро, приводя к глубокой деградации, выражающейся в слабоумии с дурашливостью.

Кататоническая форма шизофрении проявляется обычно сочетанием состояний кататонического возбуждения и ступора. Картины возбуждения разнообразны: одни по своей элементарности напоминают эпилептический припадок, другие - это стереотипно повторяющиеся элементарные движения (подпрыгивания, размахивания руками, как крыльями, непрекращающиеся крики и т. д.).

Поведение нелепо, импульсивно, опасно из-за неожиданной агрессии и попыток самоубийства. Явления двигательной заторможенности также разнообразны. Они проявляются либо полной обездвиженностью с отказом от приема пищи и неспособностью регулировать свои естественные отправления в течение недель и месяцев, либо относительно кратковременными застываниями в тех или иных позах. Кататония начинается обычно остро, ее течение чаще ремитирующее с улучшениями и ухудшениями. Исходом может быть аффективная опустошенность и нарастающее слабоумие.

ШИЗОАФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА. Это приступообразные расстройства, при которых выражены как аффективные, так и шизофренические

симптомы, чаще одновременно, по крайней мере в течение нескольких дней. Больные, страдающие рекуррентными (повторяющимися) шизоаффективными эпизодами, особенно с преобладающими маниакальными расстройствами, а не депрессивными, обычно выздоравливают полностью, и в редких случаях развивается дефектное состояние.

Распространенность. Заболеваемость - 0,5-0,8% популяции. У подростков мужского пола шизоаффективный психоз встречается в 3 раза реже, чем другие формы шизофрении. Девочки заболевают чаще.

Клиническая картина. При шизоаффективном психозе наблюдаются разной степени длительности аффективные состояния, очень похожие на депрессии или маниакальные фазы, и светлые промежутки с полным или почти полным выздоровлением. По мере повторения фаз в этих промежутках все больше и больше выступают изменения личности (обычно наиболее явные после 3-5-го приступа), присущие шизофрении: нарастающая бездеятельность и апатия, эмоциональное оскудение, замкнутость и даже нарушения мышления в виде резонерства, расплывчатости, витиеватости и т. п.

Во время самих маниакальных и депрессивных фаз возникают симптомы, не характерные для маниакально-депрессивного психоза: бредовые (воздействия и др.), галлюцинаторные (слуховые и обонятельные), псевдогаллюцинаторные, онейроидно-кататонические, проявления психического автоматизма.

У детей и подростков острые приступы шизоаффективного психоза часто повторяются в течение относительно небольшого периода времени, поэтому стойкие изменения психики могут возникнуть уже спустя год-полтора после начала заболевания.

В детском и подростковом возрасте симптоматика психоза в форме отдельных проявлений психического автоматизма, отрывочных бредовых переживаний, иллюзорно-галлюцинаторных страхов, бредоподобных идей может быть не явной, скрытой и возникать на фоне атипичных, главным образом субдепрессивных, нередко соматизированных фаз.

Этиология неизвестна. Предполагается, что это один из вариантов шизофрении. Шизотипическое расстройство. Это расстройство характеризуется чужаковатым поведением, аномалиями мышления и эмоций, которые напоминают наблюдаемые при шизофрении, хотя ни на одной стадии развития характерные для шизофрении нарушения не наблюдаются. Какой-либо превалирующей или типичной для шизофрении симптоматики нет.

При этом расстройстве встречаются следующие симптомы:

- 1) неадекватный или сдержанный аффект, в связи с чем больные выглядят эмоционально холодными и отрешенными;
- 2) поведение или внешний вид - чужаковатые, эксцентричные или странные;
- 3) плохой контакт с другими, с тенденцией к социальной отгороженности;
- 4) странные убеждения или магическое мышление, влияющие на поведение и несовместимые с субкультуральными нормами;
- 5) подозрительность или параноидные идеи;

6) навязчивые размышления без внутреннего сопротивления, часто с дисморфофобическим, сексуальным или агрессивным содержанием;

7) необычные феномены восприятия, включая соматосенсорные (телесные) или другие иллюзии, деперсонализация или дереализация;

8) аморфное, обстоятельное, метафорическое, гипердетализованное или стереотипное мышление, проявляющееся странной, вычурной речью или другим образом без разорванности;

9) эпизодические транзиторные квазипсихотические эпизоды с иллюзиями, слуховыми или другими галлюцинациями, бредаподобными идеями, возникающие, как правило, без внешней провокации.

Расстройство носит хронический характер с колебаниями в интенсивности. Точное время начала трудно определить, а течение такое же, как и при личностных расстройствах. Чаще шизотипическое расстройство встречается у родственников больных шизофренией. Для диагностики это расстройство представляет определенные трудности, так как имеет много сходного с простой формой шизофрении, с шизоидным или параноидным личностным расстройством.

В связи с не выраженностью симптомов эту форму называют латентной шизофренией. Многие чудаки и отчужденные личности — это латентные шизофреники. Они выделяются в своей среде упрямством, необычным образом жизни и малой приспособленностью.

О латентной шизофрении приходится думать тогда, когда без видимых причин падает витальность и динамичность, и личность опускается в своем развитии. Это может случиться в подростковом и юношеском возрасте. Правильность распознавания шизотипического расстройства определяется наличием не менее трех-четырех описанных признаков, наблюдающихся в продолжение не менее 2 лет.

В прошлом у больного не должно быть никаких признаков шизофренического процесса.

ДЕТСКАЯ ШИЗОФРЕНИЯ

10% из больных шизофренией заболевают ею в детском возрасте. Шизофрения раннего и дошкольного возраста. Начинается у 69% детей до 3 лет, у 26% в 3-5 лет, у 5% между 5 и 8 годами.

Чаще встречается у мальчиков, чем у девочек, - 2,9:1. Наследственная отягощенность у детей, заболевших в этом возрасте выше, чем в целом у всех больных шизофренией. У 26,1% детей — отягощенность шизоидной психопатией, у 11,5% — шизофренией, у 2,1% — другими психозами, у 1,8% — алкоголизмом.

Доболезненное состояние детей неблагополучно у 62% из-за патологии беременности, у 44% из-за родовых травм.

Злокачественно текущая форма. Примерно у 25—32,3% детей этого возраста, заболевших шизофренией, наблюдается эта форма течения. Она обычно начинается в 1,5—2 года с угасания психической активности, побуждений, приостановки психического развития.

Уже за несколько месяцев до этого можно заметить уменьшение интереса к играм, пассивную реакцию на ласку родителей, недостаточное стремление к общению. Раннее психомоторное развитие может быть своевременным.

Заболевание проявляется прекращением использования известных слов, произнесением своеобразных фраз. Исчезают эмоциональные привязанности, что, в частности, проявляется отсутствием положительного реагирования на приход и уход матери. Нарастающая пассивность приводит к исчезновению желания играть с детьми, развлекать себя игрушками. Сначала появляются однообразные игры, затем они сменяются стереотипиями: непрекращающимся размахиванием, верчением, постукиванием. При этом преимущественно используются неигровые предметы: веревочки, палочки, бумажки, железки и т. д.

Нередко болезненно реагируют на такие события, как помещение в детское учреждение, передача на воспитание другим родным. В период возрастного криза 2,5-3 лет злокачественность течения становится явственнее. В это время контакт нарушается резко, ребенок не отвечает на вопросы, совсем не реагирует на разлуку, еще больше обедняются игры. Появляются страхи, нарушения зрительного восприятия.

У одних детей возникают преимущественно кататонические расстройства. В этом случае ребенок отказывается от речи, появляются эхолалии, вербигирации, двигательная заторможенность, кратковременные застывания, манерное поведение, вычурные движения, импульсивность, стереотипии (бег по кругу), неадекватный смех. Все же двигательное возбуждение преобладает. Ребенок всегда в стороне от людей. Его внимание привлечь не удается или же только на самце короткое время.

Ребенок не научается проситься на горшок, его приходится кормить с рук, не развиваются навыки самообслуживания. Если речь еще сохраняется, то она не служит для общения.

У других детей (значительно реже) развиваются преимущественно гебефренические симптомы. Сначала преобладает пассивность, затем появляются неадекватные поступки. Возникают двигательное беспокойство, эйфория, дурашливость, необычные позы, манерность, импульсивность (неожиданные ужимки, прыжки, агрессия). Речь становится разорванной.

При обоих вариантах через 2-3 года может наступить некоторое улучшение. Уменьшается выраженность кататонических и гебефренических симптомов, улучшается сон, исчезают страхи, возбуждение.

При втором возрастном кризе (7—8 лет) обычно возникает обострение заболевания. Констатируется отставание психического развития сложной структуры. На этом фоне некоторые дети овладевают элементарными навыками самообслуживания, усваивают правила несложных игр.

Непрерывно-прогредиентная форма. Начинается не ранее 5—9-летнего возраста постепенно с эмоциональных расстройств, аутизации. Вначале преобладают подозрительность, недоверчивость, бредовая настроенность без законченного словесного оформления. «Ни с кем дружить нельзя, возьмут игрушки, книжки». Может быть бредовая настроенность в отношении родителей. Усили-

вается враждебность. В сферу враждебного отношения вовлекаются все новые и новые лица. Появляются отдельные слуховые галлюцинации, элементы психического автоматизма.

При другом варианте преобладают галлюцинации, образное фантазирование. Постепенно фантазии начинают возникать непроизвольно, присоединяются зрительные псевдогаллюцинации, сновидные переживания, отрывочные идеи воздействия, деперсонализация. Формируется синдром психического автоматизма чувственно-образного характера.

Вялая форма. Начинается во время 3—4-летнего кризиса, встречается у 11,7—50% детей, болеющих шизофренией, провоцируется инфекционными заболеваниями или психогенными факторами (разлука с родителями, смена обстановки).

Развитие процесса медленное, постепенно меняется личность. Снижается потребность в контакте, общительность становится избирательной, утрачивается эмоциональная живость, но еще может оставаться чрезмерная чувствительность. Отмечается диссоциация в психическом развитии. Ускоряется формирование интеллекта, склонность к отвлеченным интересам, однако продуктивность не высока, снижены познавательные интересы. При этом задерживается моторное развитие, овладение навыками самообслуживания, появляется скованность, неловкость.

Обычно у этих ребят слабый инстинкт самосохранения, плохой аппетит. Происходит аутизация — ребенок одинок, вне группы сверстников, никак не играет. Эмоциональный контакт ухудшается, но аффективное снижение не очень грубое. С родителями расстается легко, а если даже и не отпускает, то лишь в связи с переживаемыми страхами.

Имеют место свойственные для раннего и дошкольного возраста соматовегетативные нарушения (снижение аппетита, расстройства сна), двигательные и речевые расстройства (нарушения темпа речи, манерность, вычурность интонаций).

Нередко наблюдаются неврозоподобные симптомы: колебания настроения, аморфные немотивированные бессодержательные страхи. Могут быть также страхи космического характера («упадет солнце»), страхи, связанные с сюжетом сказок. Даже страхи, в прошлом возникшие в реальной ситуации, становятся причудливыми, теряют связь с бывшими событиями.

Встречаются навязчивые страхи (заражения, загрязнения). Возможны переходы навязчивых симптомов в бредовые переживания. По сюжету это могут быть вначале ипохондрические, а затем идеи отношения, преследования. Могут быть психопатоподобные расстройства: нарушения влечений (злобность, жестокость, агрессия, садизм) и поведения. Шизофрения детей школьного возраста. Чаще всего начинается медленно, незаметно. Постепенно меняется личность ребенка. Он становится отгороженным, у него ослабевают привязанности и интересы к играм и учебе. Иногда извращаются чувства к родителям, появляется враждебность или безразличие.

Возникают расстройства мышления. Оно становится непродуктивным, по-

являются наплывы мыслей и обрывы их течения. На этом фоне возникает боязнь за собственную жизнь, здоровье или за благополучие и здоровье родителей. Помимо страхов заражения и других ипохондрических переживаний, возможно появление боязни школы, прогулок, чужих людей. Эти страхи могут быть навязчивыми или сверхценными. Вначале они могут быть обоснованными, но вскоре оказываются оторванными от ситуации, распространяются на другие сферы жизни, становятся нелепыми. Могут присоединиться мысли о постороннем влиянии, воздействии, порче и т. д.

Нередки навязчивое мудрствование, навязчивые сомнения и влечения. Появляются защитные ритуалы в форме словесных отговорок или рассуждений, а также различных действий. Обычно вскоре они становятся независимыми от страхов и потому оказываются непонятным поведением.

Другое частое проявление шизофрении — образное патологическое фантазирование с рудиментарными псевдогаллюцинациями. Обычно оно является отражением аутизма или измененных влечений (агрессии, садизма). Эти влечения проявляются словесно, и тогда ребенок постоянно угрожает, оскорбляет окружающих. Если он выражает их в рисунках, то основной тематикой оказываются убийства, стрельба, взрывы, бандиты, бомбы и т. д.

В своем фантастическом мире ребенок не допускает окружающих в то, чем он живет. Требуется называть себя вымышленным именем. Играет в одиночку выдуманными игрушками, персонажами, рисует фантастические миры, в которых обитает, строит взаимоотношения с теми, кто существует лишь в воображении. При этом о чем-то задумывается, шепчет, гримасничает, совершает какие-то действия.

В фантазиях у мальчика, например, появляется агрессивность, он перевоплощается в объект своих выдумок — в дикого кота, гладиатора, разбойника. У девочки может проявиться сексуальность, она становится «возлюбленной принца», невестой воображаемого мальчика Володи. Фантазии приобретают бредоподобный характер. Они проявляются охваченностью и одержимостью «мечтами», полной «погруженностью в мир своих фантазий», трудной переключаемостью на реальные события и попытками систематизировать фантастические идеи, а также в появлении веры в то, что их выдумки существуют на самом деле.

К ним присоединяются «грезы наяву» с образными представлениями, в которых ребенок «переносится на другую планету», «раскачивается на качелях, сооруженных в облаках». У некоторых детей — отвлеченные сверхценные интересы к календарным датам, цифрам, картам, планам и т. п. Описываемые расстройства превращаются в более или менее выраженные бредовые идеи или постепенно затухают.

Наряду с непрерывным развитием психических расстройств часто встречается и приступообразное течение. В этом случае в период улучшения помимо симптомов шизофренического дефекта обнаруживаются признаки замедления психического развития.

Шизофрения подросткового возраста. Клиническая картина шизофрении у

подростков не очень сильно отличается от психопатологии этого заболевания у взрослых. Но так как возрастные отличия все же существуют (разнообразие симптоматики, острота возникновения, частая смена настроения), то об их особенностях будет сказано ниже.

Примерно в трети случаев заболеванию за несколько лет или месяцев до его начала предшествуют предвестники («зарницы»). Это нелепые, неожиданные, необъяснимые поступки, «беспричинные» галлюцинаторные или бредовые эпизоды, маниакальные или депрессивные приступы, дереализационные состояния, продолжающиеся несколько дней или недель.

Начало заболевания провоцируется серьезными конфликтами со сверстниками, не сложившимися отношениями в семье, попытками насилия, неблагоприятно протекающим пубертатным кризом и т. д. Все многообразие клинических проявлений шизофрении у подростков подразделяется на ряд форм.

Вялотекущая форма встречается у трети подростков, заболевших шизофренией. У половины больных, страдающих этой формой, наблюдается неврозоподобная симптоматика, напоминающая таковую же при неврозах. Чаще всего это различные навязчивые симптомы (мысли, страхи, воспоминания, действия, влечения) или астеноипохондрические переживания.

Примерно с такой же частотой встречаются дисморфоманические расстройства, выражающиеся в мыслях о собственном уродстве, неприятном для окружающих. Реже отмечаются синдром анорексии (отказа от приема пищи) или синдром «философической интоксикации» (бесплодного неотвязного мудрствования, главным образом, на отвлеченные темы).

Другую половину больных этой формой составляют подростки с психопатоподобной симптоматикой, т.е. с изменениями личности различного типа: шизоидными, неустойчивыми, epileптоидными или истероидными.

Прогрессирующая форма (с заметным развитием стойких психических нарушений) наблюдается чаще, примерно у 70% больных подростков. Она обычно начинается с неврозоподобной или психопатоподобной симптоматики, реже с паранойяльной, а затем в клинической картине преобладают лишь основные шизофренические проявления — нарастание эмоционально-волевых расстройств, снижение активности и интересов.

Реже наблюдаются остро или подостро развивающиеся параноидный или кататоно-гебефренический синдром.

Редко встречается острый полиморфный синдром, продолжающийся в течение нескольких недель. На фоне бессонницы, тревоги, растерянности, непонимания происходящего страх чередуется с эйфорическим экстазом, плач с агрессией.

Возникают галлюцинаторные эпизоды (голоса, запахи), явления психического автоматизма (звучание собственных мыслей в голове), отрывочные бредовые высказывания, сменяющие друг друга (психиатрическую больницу принимают за родильный дом, тюрьму и т. д.). Этот синдром заканчивается выздоровлением или сменяется параноидной, простой или гебефренической формой.

Течение шизофрении у подростков, как правило, непрерывно-

прогредиентное или чаще приступообразно-прогредиентное (волнообразное). Однако у 30% подростков встречается злокачественное течение, приводящее к тяжелой деградации в течение нескольких лет. В процессе заболевания во время улучшений (ремиссий) преобладает психопатоподобная, апатоабулическая, астеническая, бредовая или аутистическая симптоматика.

ПАТОПСИХОЛОГИЯ ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Наиболее существенным изменением познавательной деятельности при шизофрении является нарушение избирательности в структуре широкого круга познавательных процессов.

У детей с благоприятно протекающей шизофренией отсутствуют ролевые игры, они не играют в сюжетные игры, не принимают социальных ролей, не воспроизводят в играх ситуации, отражающие реальные межличностные отношения (семейные, профессиональные).

Содержание их игр в одиночку необычно. Увлечения их односторонни (прослушивают одни и те же мелодии, читают одни и те же сюжеты), продукты их творчества однообразны. Увлечения оторваны от реальности, бессодержательны: сочинения бессмысленных стихов, вычерчивание маршрутов транспорта в вымышленных городах. Увлечения могут быть результатом рано проявившегося интереса к цифрам, шахматам, музыке. Круг интересов ограничен развитием односторонних способностей, которые могут достигать достаточно высокого уровня.

У детей раннего возраста отмечается глубокий познавательный дефицит за счет патологии речи или из-за недоразвития репрезентативной и символической систем. Обнаруживается тяжелое нарушение социального приспособления. Отмечается также особая неравномерность нарушения интеллектуальной деятельности: трудности выполнения заданий наглядно-конкретного характера при достаточной сохранности вербального мышления и склонности этих больных к вербальным суждениям.

Затруднено овладение орудийными функциями предметов, т. е. у них страдает та сторона психического развития, которая в первую очередь связана с развитием социальных контактов и с усвоением социального опыта.

Асинхронно формируются различные сферы психической деятельности у детей, больных шизофренией: гипертрофировано развитие абстрактных понятий и их недостаточное организующее влияние на формирование перцептивных обобщений.

Дети, больные шизофренией, стойко опережают здоровых сверстников на всех возрастных этапах по уровню развития обобщения. Неравномерно развивается операционная сторона восприятия. Имеются определенные затруднения в оперировании предметными изображениями при сохранном оперировании более формальными геометрическими изображениями.

Страдают те стороны предметного восприятия, которые формируются под воздействием предметной практики. Избирательность мышления (актуализация знаний) на всех возрастных этапах значительно хуже, чем у здоровых детей.

У больных формирование избирательности восприятия улучшается с воз-

растом, однако отстает от такового у здоровых. У больных шизофренией по сравнению со здоровыми детьми меньшая избирательность познавательной деятельности. У них менее устойчивый характер связей и отношений, лежащих в основе формирования обобщенных образцов-эталонов, общих представлений и понятий.

Существует связь между «формализмом» и необычностью мышления, характерной для больных шизофренией. Суть формального подхода к анализу действительности состоит в игнорировании фактора значимости, в отсутствии иерархии свойств и отношений. Формальное понятие внутренне родственно псевдопонятию и комплексу. Любой формально общий признак может быть положен в основу обобщения предметов.

Крайний вариант — «вербальный комплекс», когда предметы объединяются по чисто словесной общности и при этом не учитывается, что одно и то же слово может иметь разные значения и обозначать разные признаки (плащ и ночь обобщаются на том основании, что «могут быть длинными»).

Такой формальный подход позволяет сближать далекие, разнородные объекты и понятия, что создает впечатление необычности, оригинальности, чужаковатости мышления. Эти закономерности позволяют объяснить «формальную» сохранность интеллекта, склонность к схематизму, формально-отвлеченному мышлению, возможность выполнения довольно сложных видов мыслительных задач, требующих ориентировки в реальных жизненных отношениях, неадекватность обобщений и суждений, основывающихся на необычных, малозначимых, латентных свойствах и отношениях.

Этиология и патогенез шизофрении. Шизофрения — болезнь с наследственной предрасположенностью. Возникновение шизофрении, т. е. реализация предрасположенности, зависит от провоцирующих стрессов. Вызвать эти стрессы могут как биологические (соматические заболевания), так и социальные (трудно переносимые жизненные события) факторы или их комбинации.

Психоаналитический подход. Основным расстройством при шизофрении является нарушение формирования «эго», которое влияет на понимание личностью реальности и управление внутренними потребностями, что может, в частности, привести к расстройству психосексуального развития, агрессивному поведению.

Нарушение организации «эго» возникает в результате неправильных взаимоотношений между младенцем и матерью. Возникший между ними симбиоз не может позволить ребенку отделиться от матери и развиваться вне ее близости [MaBieg M., 1955]. Больной не способен установить устойчивые межличностные взаимоотношения, основой которых могло бы стать чувство безопасности, возникающее при наличии тесной привязанности между матерью и ребенком.

Основное расстройство при шизофрении — неспособность достигнуть различия между самим собой и окружающей средой. Другое предположение - дефект «эго» — вызывает возникновение враждебности и агрессии, разрушают связь мать-младенец и создают незащищенность от возможных стрессов.

Возникновение шизофрении у подростка объясняют тем, что слабое «эго» не способно справиться с возросшими внутренними потребностями, необходимостью отделиться, утвердить собственную личность, удовлетворить потребность к независимости.

Различные симптомы имеют символическое значение для каждого больного. Мысли о конце света указывают на переживания больным крушения собственного внутреннего мира. Бред или галлюцинации – заместительная попытка создать новую реальность или выразить потаенные страхи или побуждения. Тревога больных — следствие тревожности их матерей, приведшей к дезинтеграции функции «эго».

Теория обучения. В детском возрасте больные шизофренией усваивают иррациональные реакции и образы мышления, подражая своим родителям, которые сами имеют выраженные эмоциональные трудности. Неспособность освоить социальные взаимодействия — причина нарушенных межличностных связей.

Теории, касающиеся роли семьи. Будущий больной шизофренией попадает в условия, когда он должен сделать выбор между двумя альтернативами, которые вызывают у него замешательство и являются непереносимыми.

Другие варианты теории:

1) «расщепление» между родителями (один из родителей очень близок к ребенку противоположного пола);

2) перекося в сторону связи с одним из родителей (соствязание в силе, при котором один из родителей является доминирующим);

3) подавление эмоциональных отношений в семье «псевдовзаимными» и «псевдовраждебными» вербальными связями и общением характерным и единым способом. Социальные теории. В происхождении шизофрении играют роль урбанизация и индустриализация. При этом обращается внимание на стрессы, связанные с фактом проживания людей в промышленных городах.

Биологические теории. Генетические факторы. Наследственное предрасположение к шизофрении определяется несколькими генами. Генетическое происхождение заболевания подтверждается родством, т. е. тем, что в семьях, больных шизофренией, больше риск заболевания, чем в популяции (1%). При этом, чем ближе кровное родство с больным, тем больше вероятность заболевания шизофренией. Так, у родителей (братьев, сестер) этот риск составляет 10-12%, у дедов, бабушек (дядей, теток, кузенов) - 5-6%, у внуков - 3%.

Наиболее убедительные доводы в пользу наследственного предрасположения к шизофрении получены при изучении близнецов. У двуяйцевых близнецов риск заболевания 12-15% (как у братьев и сестер), у однойяйцевых - 31-78%. Опасность заболеть шизофренией зависит от биологического родителя, а не от приемного. Риск заболевания усыновленного (удочеренного) ребенка такой же (10-12%), как если бы этот ребенок воспитывался своими биологическими родителями.

Биологические факторы. Предполагается, что предрасположение к шизофрении через гены передается или в форме биохимического дефекта, или

нарушением развития определенной структуры в ЦНС.

Дофаминовая гипотеза. Шизофреническую симптоматику связывают с относительным преобладанием в лимбической, а также в кортикальной области дофамина по сравнению с другими нейротрансмиттерами (веществами, передающими нервный импульс) в синапсе (при контакте нейронов).

Шихонейроиммунологическая гипотеза. Из-за имеющейся активации иммунной системы у больных шизофренией возникновение этого заболевания связывают с вирусным заражением или с аллергией на изменения в организме больного.

ГЛАВА 8. НАРУШЕНИЯ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

8.1. Умственная отсталость

Умственная отсталость, олигофрения - врожденное или приобретенное в первые годы жизни недоразвитие психических функций. Олигофрении относятся к наиболее распространенным формам психической патологии в детском возрасте и составляют от 0,2 до 0,89% больных в популяции.

Следует отметить, что термин олигофрения не является общепринятым. В частности, в современной классификации психических расстройств, рубрика, соответствующая олигофрении называется умственной отсталостью и основным диагностическим критерием является показатель IQ.

В основу диагностики умственной отсталости положен клинико-психопатологический подход.

Выделяют следующие диагностические критерии: нарушение функций, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, т.е. когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей; своеобразная структура слабоумия с преобладанием слабости абстрактного мышления и меньшей выраженностью поражения предпосылок интеллекта и эмоциональной сферы; непрогредиентность интеллектуальной недостаточности и замедленный темп психического развития.

Вспомогательное значение имеет критерий нарушения социальной адаптации в детском возрасте, в частности критерий невозможности усвоения программы общеобразовательной школы. Адаптивное поведение нарушено всегда, но в защищенных социальных условиях, где обеспечена поддержка, это нарушение у больных с легкой степенью умственной отсталости может совсем не иметь явного характера.

В МКБ-10 умственная отсталость (олигофрения) отнесена и включает следующие расстройства:

- а) легкая умственная отсталость;
- б) умеренная умственная отсталость;
- в) тяжелая умственная отсталость;
- г) глубокая умственная отсталость;

- д) другая умственная отсталость;
- е) неуточненная умственная отсталость;

Этиология олигофрений многообразна. Большая часть олигофрений возникает в результате поражения ЦНС на ранних этапах развития, обычно до 3 лет. За редким исключением специфические этиологические факторы остаются неизвестными, в связи, с чем такие формы олигофрений называют недифференцированными (идиопатическими), они составляют до 65% всех случаев. К дифференцированным относятся расстройства с уточненной этиологией.

Все клинические формы умственного недоразвития Г.Е. Сухарева делит на три группы в зависимости от времени воздействия этиологического фактора.

1. Умственная отсталость эндогенной природы (в связи с поражением генеративных клеток родителей): болезнь Дауна, истинная микроцефалия, энзимопатические формы олигофрений, клинические формы, характеризующиеся сочетанием слабоумия с нарушением развития костной системы и кожи.

2. Эмбрио - и фетопатии: умственная отсталость обусловленная коревой краснухой, перенесенной матерью во время беременности, другими вирусами, умственная отсталость, вызванная токсоплазмозом, листериозом, на почве врожденного сифилиса, клинические формы умственной отсталости, обусловленные гормональными нарушениями матери и токсическими факторами и др.

3. Умственное недоразвитие, возникающее в связи с различными вредностями, действующими во время родов и в раннем детстве: умственная отсталость, связанная с родовой травмой и асфиксией в родах, вызванная черепно-мозговой травмой в постнатальном периоде, обусловленная перенесенным энцефалитом или менингоэнцефалитом.

4. Наряду с этими группами, выделяют атипичные формы олигофрении, связанные с гидроцефалией, локальными дефектами развития головного мозга, эндокринными нарушениями и пр.

Внутри каждой из названных групп, проводится дальнейшая дифференциация по виду дополнительных этиологических факторов и особенностям клинической картины. Так, выделяют: формы умственной отсталости в результате хромосомных aberrаций (болезнь Дауна, с-м Клейнфельтера, с-м Шершевского-Тернера и др.);

Наследственные формы: метаболические (фенилкетонурия, галктоземия и др.), гаргоилизм, синдром Марфана, синдром Лоуренса и др.;

Смешанные по этиологии (экзогенно-эндогенные формы): краниостеноз, микроцефалия, кретинизм.

Экзогенно обусловленные формы: рубеолярная, связанная с листериозом, при врожденном сифилисе, токсоплазмозе и др.

Формы с пре- и постнатальным повреждением головного мозга: умственная отсталость, связанная с гемолитической болезнью новорожденных, асфиксией при рождении и механической родовой травмой, в связи с гидроцефалией.

Все этиологические факторы разделяются на:

эндогенно-наследственные, экзогенные (органические и социально-средовые), социальная депривация также является этиологическим фактором

умственной отсталости.

Часто этиологические факторы выступают в сложном взаимодействии.

Клиника олигофрений: ядерные симптомы – равномерный и диффузный характер поражения, и поражению подвергаются наиболее молодые, интенсивно развивающиеся структуры мозга, которые еще не закончили своего формирования к моменту воздействия патогенетического агента. Это проявляется тотальным характером недоразвития при олигофрении и касается не только интеллектуальной, но и психической деятельности в целом.

Условные разграничения по степени тяжести расстройства интеллекта опираются на градации достигаемого больными уровня социального приспособления.

Уровень когнитивных способностей. В зависимости от культуральных норм исследователи должны сами решать как лучше определять коэффициент интеллектуальности (КИ) или возраст умственного развития в соответствии с нижеприведенными группами:

лёгкая умственная отсталость: 50—69 баллов, умеренная 35—49 баллов; тяжелая 20—34 баллов; глубокая - до 20 баллов.

Легкая умственная отсталость (дебильность).

Люди с легкой умственной отсталостью приобретают речевые навыки с некоторой задержкой, но большинство из них приобретают способности использовать речь в повседневных целях, поддерживать беседу и участвовать в клиническом расспросе.

Большинство из них достигают также полной независимости в сфере ухода за собой (прием пищи, умывание, одевание, контроль за функциями кишечника и мочевого пузыря) и в практических и домашних навыках, даже если развитие происходит значительно медленнее, чем в норме.

Основные затруднения обычно наблюдаются в сфере школьной успеваемости и у многих особенными проблемами являются чтение и письмо. Тем не менее, при легкой умственной отсталости значительную помощь может принести образование, предназначенное для развития их навыков и проявления компенсаторных возможностей.

В большинстве благоприятных случаев легкой умственной отсталости возможно трудоустройство, требующее способностей не столько к абстрактному мышлению, сколько к практической деятельности, включая неквалифицированный и полуквалифицированный ручной труд.

В социокультурных условиях, не требующих продуктивности в отвлеченно-теоретической сфере, некоторая степень легкой умственной отсталости сама по себе может и не представлять проблемы. Тем не менее, если наряду с этим отмечается заметная эмоциональная и социальная незрелость, то проявятся и последствия ограничения социальной роли, например, неспособность справляться с требованиями, связанными с брачной жизнью или воспитанием детей или затруднения в адаптации к культурным традициям и нормам.

При использовании надлежащих стандартизованных тестов по определению коэффициента умственного развития на легкую умственную отсталость

указывают показатели в диапазоне 50-69 баллов.

Умеренная умственная отсталость (имбецильность).

У лиц этой категории медленно развиваются понимание и использование речи, а окончательное развитие в этой области ограничено. Отстает и развитие навыков самообслуживания и моторики, некоторые пациенты нуждаются в надзоре на протяжении всей жизни. Ограничены школьные успехи, но часть пациентов осваивает основные навыки, необходимые для чтения, письма и счета. Образовательные программы могут дать им возможности для развития своего ограниченного потенциала и приобретения некоторых базисных навыков; такие программы соответствуют замедленному характеру обучения с небольшим объемом усваиваемого материала.

В зрелом возрасте лица с умеренной умственной отсталостью обычно способны к простой практической работе при тщательном построении заданий и обеспечении квалифицированного надзора. Совершенно независимое проживание достигается редко. Тем не менее, такие люди в общем полностью мобильны и физически активны и большинство из них обнаруживают признаки социального развития, что заключается в способности к установлению контактов, общению с другими людьми и участию в элементарных социальных занятиях. Коэффициент умственного развития обычно находится в диапазоне от 35 до 49 баллов.

Тяжелая умственная отсталость (тяжелая олигофрения).

По клинической картине, наличию органической этиологии и сопутствующих расстройств эта категория во многом сходна с категорией умеренной умственной отсталости. Нижние уровни функционирования, наиболее характерны и для этой группы пациентов. У большинства больных здесь наблюдается выраженная степень моторного нарушения или другие сопутствующие дефекты, указывающие на наличие клинически значимого повреждения или аномального развития центральной нервной системы. Коэффициент умственного развития обычно находится в пределах от 20 до 34 баллов.

Глубокая умственная отсталость (идиотия).

У больных этой рубрики коэффициент умственного развития ниже 20 баллов, что означает, что пациенты весьма ограничены в способностях к пониманию или выполнению требований, или инструкций. Большинство таких больных неподвижны или резко ограничены в подвижности, страдают недержанием мочи и кала и с ними возможны лишь самые рудиментарные формы невербальной коммуникации.

Психическая жизнь ограничивается безусловными рефлексам, вторая сигнальная система почти не развивается. Идиот не осмысляет окружающего, не дифференцирует близких, он может продуцировать лишь однообразные движения и нечленораздельные звуки. Эмоциональная жизнь находится в зачаточном состоянии, эмоции проявляются в злобных реакциях и крике при неприятных раздражителях.

Они неспособны или малоспособны заботиться о своих основных потребностях и нуждаются в постоянной помощи и надзоре. Понимание и использо-

вание речи ограничивается в лучшем случае выполнением основных команд и выражением элементарных просьб. Могут приобретаться наиболее базисные и простые зрительно-пространственные навыки и при адекватном надзоре и руководстве больные могут принимать участие в домашних и практических делах. В большинстве случаев устанавливается органическая этиология.

Наиболее четко дифференцированными формами олигофрений являются следующие:

а) фенилпировиноградная олигофрения (б-нь Фёллинга, фенилкетонурия). Распространенность носителя гена в популяции 1:50, заболевают 1:10000 новорожденных. В основе этого заболевания лежит врожденная аномалия обмена веществ - нарушение окисления фенилаланина вследствие отсутствия фермента фенилаланингидроксидазы. Фенилаланин не превращается в тирозин, накапливается фенилпировиноградная кислота, которая выделяется с мочой и её можно обнаружить с помощью пробы Фёллинга (реакция с 10% раствором хлористого железа).

Эта форма сопровождается глубокой степенью психического недоразвития, чаще в виде идиотии или имбецильности. На фоне вялости бывают вспышки раздражительности, гнева, явления эхоталии и эхопраксии. Имеет место мышечная гипертония, иногда судорожные припадки, гиперкинезы. Вследствие недостаточности меланина у больных, как правило, светлые волосы и глаза, тонкая белая кожа. Следует отметить, что ранняя диагностика и строгая диета (резкое ограничение натурального белка и замена его гидролизатом казеина, серосодержащими аминокислотами) обеспечивают нормальное развитие детей.

Болезнь Дауна - относится к хромосомным заболеваниям и является следствием трисомии 21 хромосомы. Нейрохимические и гистологические изменения сходны с таковыми при болезни Альцгеймера.

Больные имеют характерный внешний вид: маленький рост, общая гипотония, уменьшенный в размерах плоский череп, скошенный затылок, выступающие скуловые дуги, раскосые глаза с эпикантусом, уплощенная переносица, готическое небо, толстый большой язык. Грудная клетка воронкообразная, конечности короткие, ладони толстые с единой поперечной бороздой, пальцы укорочены, мизинец искривлен внутрь. В половине случаев отмечаются врожденные пороки сердца, гипоплазия половых органов, эндокринные нарушения. Больные обычно не доживают до 40 лет в связи с врожденными соматическими аномалиями.

К олигофрениям, обусловленным хромосомной аберрацией, относятся также синдром Клайнфельтера (наблюдается у мужчин и характеризуется умственной отсталостью, атрофией семенных канатиков, чрезмерно длинными конечностями) и Шершевского- Тернера (встречается у женщин, характеризуется умственной отсталостью, бесплодием, низким ростом, диспластичным туловищем с короткой шеей).

Рубеолярная эмбриопатия - развивается вследствие заболевания краснухой в первые 2-3 месяца беременности. Наряду с глубоким слабоумием при этой

форме олигофрении может быть порок сердца, глухота, врожденная катаракта, возможны и другие поражения глаз.

Для внутриутробного поражения токсоплазмозом Гондии характерны поражения глаз и кальцификаты - очаги обызвествления в головном мозге. Диагноз ставится на основании триады Себина - гидроцефалия, хориоретинит и кальцификаты в мозге.

Олигофрения может развиваться на почве врожденного сифилиса, различные признаки которого служат основанием для диагноза. Как правило, наблюдаются симптомы поражения центральной нервной системы: параличи, парезы, расстройство чувствительности. Характерны седловидный нос, гетчинсоновские зубы, саблевидные голени, кератит. Степень слабоумия бывает различной – от легкой и умеренной до глубокой идиотии.

К олигофрениям нередко ведут эндокринопатии. Наиболее часто встречается кретинизм - заболевание, развивающееся в результате недоразвития или отсутствия щитовидной железы. Признаками болезни являются: карликовый рост, круглая, уплощенная в переднезаднем размере голова, отечное тестообразное лицо, полуоткрытый рот, толстый язык.

В профилактике олигофрений важное значение имеет медико-генетическое консультирование для выявления наследственных форм. В этом плане также важна борьба с инфекциями, родовым травматизмом, охрана здоровья беременной женщины.

Лечебное воздействие при олигофрении должно проводиться в двух направлениях: медико-педагогические меры, медикаментозная и диетотерапия. Ведущими бесспорно являются медико-педагогические мероприятия. Медикаментозное воздействие делят на специфическое лечение, применяемое при определенных формах олигофрении, и общие мероприятия. Последние направлены на улучшение общего состояния: повышения тонуса, активности, а при необходимости - на снятие психических расстройств. Для лечения олигофрений широко используются ноотропные препараты.

8.2. Задержка психического развития

В настоящее время понятие «задержка психического развития» употребляется по отношению детям с минимальными органическими повреждениями или функциональной недостаточностью центральной нервной системы, а также длительно находящимся в условиях социальной депривации.

Задержка психического развития - нарушение нормального темпа психического развития, когда отдельные психические функции (память, внимание, мышление, эмоционально-волевая сфера) отстают в своём развитии от принятых психологических норм для данного возраста.

Задержка психического развития, как психолого-педагогический диагноз ставится только в дошкольном и младшем школьном возрасте, если к окончанию этого периода остаются признаки недоразвития психических функций, то речь идёт уже о конституциональном инфантилизме или об умственной отста-

лости.

Клинико-психологические синдромы

Можно выделить четыре клинико-психологических синдрома, которые определяют недостатки познавательной деятельности и обуславливают трудности в обучении.

1. Синдром психического инфантилизма. Психический инфантилизм — это психическая незрелость, проявляющаяся преимущественным нарушением темпа созревания психики с отставанием развития эмоционально-волевых свойств и форм реагирования личности.

Они оказываются соответствующими более младшему возрасту. К признакам психического инфантилизма относятся: несамостоятельность, повышенная внушаемость, наивность, преобладание в мотивационной сфере игровых интересов и гедонизма, стремление к удовольствию, что нередко приобретает характер основной мотивации, беспечность, трудности в выполнении прогностических функций (а порой и невозможность их выполнения), прогнозировании результатов своего поведения и поступков, незрелость чувства долга и ответственности, значительно уменьшенная способность подчинять свое поведение требованиям ситуации и группы, неспособность к волевому напряжению и преодолению трудностей.

Все это часто сочетается с незрелостью моторики, затруднениями в выполнении тонких мануальных действий (почерк: «пишет, как курица лапой»), избыточностью сопутствующих лишних движений и более-менее выраженным примитивизмом как вариантом интеллектуальной нормы.

Первые признаки психического инфантилизма обнаруживаются в младшем школьном и подростковом возрасте.

Выделяют два варианта психического инфантилизма: простой (неосложненный), осложненный.

Простой вариант психического инфантилизма (сюда относится также выделенный Г. Е. Сухаревой (1959) гармонический инфантилизм). Психический инфантилизм проявляется признаками психической незрелости, охватывающей все сферы деятельности ребенка, в том числе и интеллектуальную, однако с преобладанием проявлений эмоционально-волевой задержки. Такие дети повышено беспечны, беззаботны, неумомимы в играх. Им свойственна живость воображения, жизнерадостность.

При сохранном интеллекте отмечается недостаточность интеллектуальных интересов с доминированием стремления к игровой деятельности и удовольствиям. При предъявлении к ним возрастных требований возникает дезадаптация, чаще проявляющаяся в школьном возрасте в виде неуспеваемости. Зачастую психический инфантилизм сочетается с признаками соматической незрелости, задержкой в росте, грацильным телосложением, однако без признаков грубой диспластичности, аномалий развития отдельных органов и систем (так называемый «психофизический инфантилизм»).

Осложненный вариант психического инфантилизма характеризуется сочетанием психического инфантилизма с другими психопатологическими прояв-

лениями.

В сочетании с психоорганическим синдромом при органическом инфантилизме отсутствует эмоциональная живость, яркость эмоций. Они скорее эйфоричны, благодушны, расторможены, а эмоциональные проявления менее глубоки и дифференцированы. Интеллектуальная деятельность их характеризуется инертностью, тугоподвижностью, персеверативностью мыслительных процессов и нарушением так называемых предпосылок интеллекта (внимание, память, психическая работоспособность).

При сочетании с церебрастеническим синдромом отмечаются повышенная возбудимость, истощаемость, выраженная неустойчивость внимания и соматовегетативные нарушения (расстройства сна, аппетита, вазовегетативные проявления).

При сочетании с психоэндокринным синдромом клиническая картина определяется наличием черт инфантилизма и особенностей психики, типичных для того или иного типа гормональных расстройств.

Психический инфантилизм встречается как самостоятельное расстройство, а также при задержке развития головного мозга, его раннем негрубом органическом поражении и при социальной запущенности.

2. Церебрастенический синдром.

Церебрастенический синдром представляет собой неспецифический неврологический синдром, который характеризуется снижением работоспособности, нарушением внимания и памяти, повышенной утомляемостью, а также головными болями, сильным истощением нервной системы и различными вегетативными проявлениями. Кроме того, отмечается увеличение продолжительности сна и сокращение времени бодрствования, эмоциональная лабильность пациента и двигательное беспокойство. Церебрастенический синдром у детей часто сопровождается усилением врожденных рефлексов, спонтанным рефлексом Моро и вегетативными расстройствами.

Основными причинами возникновения церебрастенического синдрома являются патологическое течение беременности и последующих родов, которые вызвали нарушение поступления кислорода в мозг малыша. Также к прочим патологическим состояниям провоцирующим развитие данного синдрома относятся прием лекарственных препаратов во время беременности, внутриутробные инфекции, недоношенность, внутричерепные кровоизлияния, сепсис, гемолитическая болезнь, пневмония.

3. Психоорганический синдром.

Психоорганический синдром (синоним: органический психо-синдром) — психопатологический симптомокомплекс, обусловленный органическим поражением головного мозга и проявляющийся нарушениями интеллекта и памяти, а также расстройствами аффекта.

Нарушения интеллекта у больных проявляются в первую очередь снижением критики при самооценке и оценке окружающего. Так, больной достаточно верно оценивает плохое и хорошее, но в отношении окружающих совершает неправильные поступки, бестактно высказывается, не понимая этого.

Ухудшается в различной степени способность к приобретению новых знаний, снижается объем и качество знаний, полученных в прошлом, ограничивается круг интересов. Мышление становится консервативным, односторонним, что вместе с измененной оценкой окружающего ведет к нарушению способности больного охватить ситуацию в целом.

Ухудшается речь, в частности устная (уменьшается словарный запас, упрощается структура фраз, больной чаще использует словесные шаблоны, вспомогательные слова). В разговоре он не способен выделить главное, легко отвлекается на второстепенные детали и застревает в них.

Нарушения памяти распространяются на все ее виды. Ухудшается запоминание новых фактов, т. е. страдает память на текущие события, снижается способность сохранять воспринятое и возможность активизировать запасы памяти.

Расстройства аффекта чаще проявляются пониженным или беспечно-благодарным настроением. Может преобладать одно настроение, но нередко наблюдается их смена, которая обычно зависит от внешних обстоятельств, но бывает и спонтанной.

В тех случаях, когда смена настроений резкая, отмечается так называемое недержание аффекта: на короткие периоды времени у больного появляются обидчивость, слезливость, депрессивные высказывания, которые легко сменяются повышенным беззаботным настроением (эйфорией), повышено-дурашливым настроением (морией), умиленностью, необоснованным оптимизмом, что сопровождается соответствующей мимикой. При этом больной может быть чрезвычайно упрямым или повышено внушаемым и сговорчивым.

Психоорганический синдром может протекать остро, например после черепно-мозговой травмы, инсульта, острой асфиксии; чаще он развивается постепенно. В последнем случае в начальной стадии психоорганический синдром часто сопровождается заострением характерологических черт больного, т. е. возникают психопатоподобные расстройства.

В дальнейшем личностные особенности, присущие больному до болезни или возникшие в начале развития этого синдрома, стираются вплоть до полного исчезновения.

Легкие проявления (раздражительная слабость, истощаемость, некоторое сужение круга интересов, незначительное ухудшение критики и памяти) часто называют органическим снижением уровня личности; тяжелые (грубые нарушения интеллекта, отсутствие эмоциональности и прежних индивидуальных черт характера, распад памяти) — органической деменцией, или органическим слабоумием.

Под влиянием дополнительных вредных воздействий (например, соматических и инфекционных болезней, интоксикации различного происхождения) у многих больных с отчетливо выраженным психоорганическим синдромом возникают состояния помрачения сознания, чаще в форме делирия, реже оглушения. В ряде случаев после перенесенного состояния помрачения сознания симптомы органического психосиндрома усиливаются. При легких проявлениях после психических травм могут отмечаться реактивные депрессии. Кроме

того, на фоне легких проявлений психорганического синдрома обычно при наличии конституционального предрасположения, наблюдаются эндоформные (напоминающие шизофрению или маниакально-депрессивный психоз) психозы в виде мании, депрессии, различных бредовых картин или галлюцинозов.

Выраженность симптомов влечет за собой постепенную редукцию эндоформных психозов. Больные с органическим психосиндромом часто жалуются на головные боли, головокружения, неустойчивость при ходьбе, плохо переносят жару, духоту, изменения атмосферного давления, громкие звуки; у них отмечаются различные неврологические симптомы.

По степени тяжести различают астенический, эксплазивный, апатический и эйфорический варианты психорганического синдрома.

Психоорганический синдром обусловлен органическим поражением головного мозга (сосудистых заболеваниях головного мозга, поражениях центральной нервной системы, при сифилисе, черепно-мозговых травмах, различных интоксикациях, хронических нарушениях обмена веществ, при опухолях и абсцессах головного мозга, энцефалите, а также при заболеваниях сопровождающихся судорожными припадками).

Но особенно часто психоорганический синдром возникает при атрофических процессах головного мозга в предстарческом и старческом возрасте (болезнь Альцгеймера, старческое слабоумие). Лечение направлено на терапию основного заболевания, вызвавшего психоорганический синдром и проводится в зависимости от степени выраженности заболевания в стационаре или амбулаторно. Положительное действие оказывают ноотропные препараты, нейротрофическая и церебропротективная терапия, антиоксиданты и витаминотерапия.

4. Гипердинамический синдром.

Данная группа поведенческих и эмоциональных расстройств начинается обычно в очень раннем возрасте и характеризуется сочетанием чрезмерно активного, слабо модулируемого поведения с выраженной невнимательностью и отсутствием упорства в выполнении поставленных задач.

Причины, приводящие к подобным состояниям, точно пока неизвестны, но предполагается, что в основе гиперкинетического расстройства лежат микроорганические поражения головного мозга, которые вызваны либо внутриутробным кислородным голоданием плода, либо асфиксией плода в процессе родов, либо микрородовой травмой иного рода. В этом случае в мозгу ребенка отсутствуют грубые органические повреждения, но есть множество микроповреждений коры и подкорковых структур.

Часто такие нарушения подстерегают чрезмерно крупного или большеголового ребенка, ребенка, родившегося при затяжных или, наоборот, стремительных родах. Основные признаки гипердинамического синдрома - это проявляющаяся с самых первых месяцев жизни ребенка двигательная расторможенность и отвлекаемость внимания.

Гиперкинетических детей в младенчестве буквально не удержать в руках. Позже они часто бывают безрассудны и импульсивны, нередко с ними происходят несчастные случаи, и всегда они находятся в списках злостных наруши-

телей дисциплины, хотя делают все совершенно несознательно, не желая ничего плохого.

Главными поведенческими характеристиками таких детей являются недостаточная настойчивость в деятельности, требующей когнитивных усилий, тенденция переходить от одного дела к другому, не завершая ни одного из них. Все это происходит на фоне плохо организованной, слабо регулируемой и чрезмерной активности.

С гиперкинетическими расстройствами часто сочетаются и другие нарушения, такие как социально расторможенные отношения со взрослыми, отсутствие нормальной осторожности и сдержанности, неумение играть в структурированные игры в коллективе сверстников, специфические расстройства в моторном и речевом развитии, а также трудности в чтении или другие школьные проблемы.

Позднее у таких детей сравнительно часто проявляется асоциальное поведение, заниженная самооценка и нарушения развития чувства собственного достоинства. Гиперактивные дети чрезмерно (относительно календарного возраста) нетерпеливы. Они могут бегать или прыгать вокруг, есть стоя, вскакивать с места, когда полагается сидеть, шуметь или болтать, когда надо соблюдать тишину.

Гипердинамичные дети не ходят, а бегают, доказывая что-то, не говорят, а кричат. Они никогда не унывают, легко переносят наказания, поссорившись с кем-то, тут же идут мириться, легко дают всевозможные обещания и клятвы и также легко их нарушают.

У таких детей много приятелей и знакомых, поскольку они очень контактны и общительны, но, как правило, с большим трудом складываются более глубокие и прочные дружеские отношения.

Родители, а впоследствии воспитатели и учителя безмерно устают от гипердинамичных детей, так как своими постоянными проказами и проступками они способны вывести из терпения кого угодно. Их постоянно одергивают, стыдят, воспитывают, но все это как бы пролетает мимо их ушей.

Ребенок вроде бы все понимает и искренне раскаивается в совершенном, обещает, что больше не будет, и буквально через пять минут все повторяется сначала. Пик проявлений гипердинамического синдрома приходится на 5-7 лет, и именно в этом возрасте окружающим ребенка людям начинает казаться, что он в принципе невоспитуем.

Гипердинамический синдром - это один из самых распространенных вариантов проявления минимальной мозговой дисфункции (ММД). Согласно данным статистики, ММД встречается у каждого пятого-шестого ребенка, рождающегося сегодня в нашей стране. Причины задержки психического развития.

Биологические: патология беременности (тяжелые токсикозы, инфекции, интоксикации и травмы), внутриутробная гипоксия плода; недоношенность; асфиксия и травмы при родах; заболевания инфекционного, токсического и травматического характера на ранних этапах развития ребёнка; генетическая обусловленность.

Социальные: длительное ограничение жизнедеятельности ребёнка; неблагоприятные условия воспитания, частые психотравмирующие ситуации в жизни ребёнка.

Классификация задержки психического развития

К. С. Лебединской (1982) была предложена классификация по этиопатогенетическому принципу:

1. задержка психического развития конституционального происхождения (неосложненный психический и психофизический инфантилизм, по классификации М. С. Певзнер и Т. А. Власовой).

Речь идет о так называемом гармоническом инфантилизме при котором эмоционально-волевая сфера находится как бы на более ранней ступени развития, во многом напоминая нормальную структуру эмоционального склада детей более младшего возраста». Для таких детей характерны яркие, но поверхностные и нестойкие эмоции, преобладание игровой мотивации, повышенный фон настроения, непосредственность.

Трудности обучения в младших классах связаны с преобладанием игровой мотивации над познавательной, незрелостью эмоционально-волевой сферы и личности в целом. В таких случаях все вышеописанные качества, часто сочетаются с инфантильным типом телосложения (грацильностью). Такое сочетание психических и физических черт, часто обусловлено наследственными факторами, что позволяет видеть в нём один из видов нормативного психофизического развития.

2. Задержка психического развития соматогенного происхождения.

Этот тип психической задержки обусловлен влиянием различных тяжёлых соматических состояний, перенесённых в раннем возрасте (операции с наркомом, болезни сердца, малая подвижность, астенические состояния). «Нередко имеет место и задержка эмоционального развития - соматогенный инфантилизм, обусловленный рядом невротических наслоений - неуверенностью, боязливостью, капризностью, связанными с ощущением своей физической неполноценности.

3. Задержка психического развития психогенного происхождения.

Этот тип нарушения связан с неблагоприятными условиями воспитания, рано возникшими и длительно действующими. Задержка психического развития такого типа возникает в трёх основных случаях:

1) недостаточная опека, безнадзорность.

Это наиболее часто встречающийся вариант. В таких случаях у ребёнка наблюдается аномальное развитие личности по типу психической неустойчивости (Г. Е. Сухарева, 1959; В. В. Ковалев, 1979 и др.). У ребёнка не воспитываются формы поведения, связанные с активным торможением аффекта. Не стимулируется развитие познавательной деятельности, интеллектуальных интересов. Наблюдаются черты незрелости эмоционально-волевой сферы, а именно: аффективная лабильность, импульсивность, повышенная внушаемость. Так же наблюдается недостаток базовых знаний и представлений, необходимых для усвоения школьной программы.

К.С. Лебединская отмечает отдельно, что этот тип задержки психического развития следует отличать от явлений педагогической запущенности, которые являются не патологическим явлением, а ограниченным дефицитом знаний и умений вследствие недостатка интеллектуальной информации.

2) гиперопека, или воспитание по типу «кумира семьи».

Чаще всего бывает у тревожных родителей. Они «привязывают» ребёнка к себе, одновременно и потакавая капризам ребёнка, и заставляя его поступать наиболее удобным и безопасным для родителя способом. Из окружения ребёнка устраняются любые препятствия или опасности, как реальные так и мнимые.

Таким образом, ребёнок лишается возможности самостоятельно преодолеть трудности, соотносить свои желания и потребности с усилиями которые надо приложить чтобы их реализовать, в результате, возникает всё та же неспособность к торможению собственного аффекта, эмоциональная лабильность, и т. д. Ребёнок не самостоятелен, не инициативен, эгоцентричен, не способен к длительному волевому усилию, чрезмерно зависим от взрослых. Развитие личности идет по принципу психогенного инфантилизма.

3) развитие личности по невротическому типу.

Наблюдается в семьях с очень авторитарными родителями или там, где допускается постоянное физическое насилие, грубость, деспотичность, агрессия к ребёнку, другими членами семьи. У ребёнка могут возникнуть навязчивости, неврозы или неврозоподобные состояния. Формируется эмоционально-незрелая личность, для которой характерны страхи, повышенный уровень тревожности, нерешительность, неинициативность, возможен и синдром выученной беспомощности.

Интеллектуальная сфера страдает, так как вся деятельность ребёнка подчинена мотиву избегания неудачи, а не достижению успеха, следовательно такие дети, в принципе, не будут делать ничего, что могло бы лишней раз подтвердить их несостоятельность.

4. Задержка психического развития церебрально-органического происхождения.

Это наиболее часто встречающийся вариант. Среди детей с задержкой психического развития церебрально-органического происхождения

И. Ф. Марковская выделяет группы с проявлениями психической неустойчивости и психической тормозимости.

Дети первой группы шумные и подвижные: на переменах и прогулках забиваются на деревья, катаются на перилах, громко кричат, пытаются участвовать в играх других детей, но, не умея следовать правилам, ссорятся, мешают другим. С взрослыми бывают ласковыми и даже назойливыми, но легко вступают в конфликт, проявляя при этом грубость и крикливость. Чувства раскаяния и обиды у них неглубокие и кратковременные.

При психической тормозимости наряду с личностной незрелостью особенно проявляется несамостоятельность, нерешительность, робость, медлительность. Симбиотическая привязанность к родителям приводит к трудностям привыкания к школе. Такие дети часто плачут, скучают по дому, избегают по-

движных игр, теряются у доски и часто не отвечают, даже зная правильный ответ. Низкие оценки и замечания могут вызвать у них слезы.

Общие психолого-педагогические особенности задержки психического развития. Наблюдается низкая работоспособность на фоне астении; незрелость эмоционально-волевой сферы; ограниченный запас общих знаний и представлений; обедненный словарный запас; несформированность навыков интеллектуальной деятельности; не полная сформированность игровой деятельности. Восприятие характеризуется замедленностью. В мышлении обнаруживаются трудности словесно-логических операций. Значительно повышается эффективность и качество умственной деятельности при решении наглядно-действенных задач. Страдают все виды памяти, отсутствует умение использовать вспомогательные средства для запоминания. Выявляется низкий уровень самоконтроля, они слабо ориентируются в учебной задаче, плохо используют операции анализа, синтеза, сравнения.

Отличие задержки психического развития от умственной отсталости.

У детей с задержкой психического развития выше обучаемость, они лучше используют помощь учителя или старших, способны выработать стереотип поведения в аналогичной ситуации. Они пытаются понять прочитанное, прибегая при необходимости к повторному чтению. Погрешности в письме, фонетико-фонематическом анализе менее выражены. Помощь учителя в освоении счета более эффективна.

Считается, что задержка психического развития носит временный характер, поражения высших психических функций отличаются парциальностью и умеренно выражены.

Психологические особенности задержки психического развития

Если олигофрения (психическое недоразвитие) является стойким необратимым отклонением, то задержка психического развития характеризуется временным замедлением темпа развития высших психических функций, эмоционально-волевой сферы, нарушением поведения, снижением успеваемости.

Это чаще обнаруживается при поступлении в школу и выражается в недостаточности общего запаса знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, низкой интеллектуальной целенаправленности, преобладании игровых интересов, быстрой утомляемости при интеллектуальной деятельности.

Диагноз задержка психического развития обычно выставляется при отборе в школу и распространяется на период начального школьного обучения, в течение которого или происходит компенсация имеющейся психической недостаточности, или меняется диагноз и условия обучения (если обучение осуществлялось в общеобразовательной школе).

К.С. Лебединский (1982) детализирует их, выделяя 4 варианта задержки психического развития:

1. Психологическая характеристика задержки психического развития конституционального происхождения.

Г.Е. Сухарева (1965) характеризует этот вариант задержки психического развития как психофизический инфантилизм. При этом инфантильность психи-

ки часто сочетается с инфантильным типом телосложения с детскими особенностями мимики и моторики. Эмоциональная сфера ребенка находится на более раннем этапе возрастного развития с яркостью и непосредственностью эмоций, преобладанием эмоциональных реакций в поведении, с доминированием игровых интересов, повышенной внушаемости и недостаточной самостоятельности.

Эти дети активны в игре, проявляют много творчества и одновременно быстро истощаются при интеллектуальной деятельности. Поэтому они не могут долго заниматься на уроке, и не умеют подчиняться правилам дисциплины.

В более старшем возрасте эмоциональная незрелость затрудняет социальную адаптацию и вместе с неблагоприятными условиями ни способствуют патологическому формированию личности по неустойчивому типу (Ковалев В.В., 1979).

Наличие подобных случаев в семье свидетельствует о генетическом конституциональном происхождении задержки психического развития. Однако возможно развитие данной ее формы и в результате негрубых обменно-трофических заболеваний перинатального периода и первого года жизни.

2. Психологическая характеристика соматогенной и психогенной форм задержки психического развития.

А - Соматогенная форма задержки психического развития возникает в результате длительных, часто хронических заболеваний, пороков развития. При этом хроническая физическая и психическая астения тормозит развитие активных форм деятельности, способствует формированию таких свойств характера, как неуверенность в своих силах, повышенная тревожность, мнительность. Эти свойства усиливаются созданием для больного или физически ослабленного ребенка режима ограничений и запретов, что вызывает дополнительную инфантилизацию в условиях гиперопеки или социальной депривации.

Б - Психогенная задержка психического развития связана с неблагоприятными условиями воспитания. При раннем возникновении и длительном действии психотравмирующего фактора могут возникнуть стойкие изменения психологической сферы ребенка. Они обуславливают отклоняющееся развитие его личности.

В условиях гипоопеки может формироваться патологическое развитие личности по типу психической неустойчивости: неумением регулировать свои эмоции и желания, импульсивностью, отсутствием чувства долга и ответственности.

В условиях гиперопеки психогенная задержка психического развития проявляется в формировании эгоцентрических установок, неспособности к волевым усилиям, трудовой деятельности. В психотравмирующих условиях воспитания, где преобладают жестокое отношение или грубая авторитарность, формируется невротическое развитие личности с отсутствием инициативы, и самостоятельности, наличием повышенной тревожности.

3. Психологическая характеристика церебро-органической задержки психического развития.

Встречается наиболее часто, отличается большей выраженностью прояв-

лений и длительностью течения. Она требует создания специальных условий коррекционно-развивающего обучения. Вызывается патологией беременности и родов, инфекционным поражением, интоксикацией, травмами нервной системы в первые годы жизни. Более ранний срок воздействия и массивное поражение коры мозга вызывает психическое недоразвитие, а воздействия в более поздний период, когда созревание, дифференциация основных мозговых систем закончена и частичное локальное поражение коры вызывает задержку психического развития.

Задержка темпов развития отмечается в нескольких функциональных системах. Так, Марковская И.Ф. (1983) выявила у 32% детей с ЗПР замедление темпа физического развития, у 69% - моторных функций, у 63% - речи, 36% - энурез.

В случаях возникновения задержки психического развития при постнатальных воздействиях (инфекции, интоксикации, травмы), перенесенными в первые 3-4 года жизни, можно наблюдать наличие временного регресса приобретенных навыков и их последующую нестойкость (нарушение при психологических кризисах). При более поздних сроках поражения одновременно с явлениями незрелости признаки расстройства функций центральной нервной системы становятся практически постоянными.

Это обуславливает в целом наличие в психологической структуре ЗПР постоянных симптомов энцефалопатии: церебрастенический, неврозоподобный, психопатоподобный, эпилептический, нейродинамический и др. Часто отмечаются признаки гидроцефалии, нарушения черепно-мозговой иннервации, выраженной вегетативной дистонии. Стойкая неврологическая симптоматика резидуального характера отмечается у 50-92% таких детей (Марковская И. Ф., 1963). За рубежом эти нарушения называют минимальным повреждением мозга или минимальной мозговой дисфункцией.

Выделяют две группы церебрально-органической задержки психического развития (Лебединский В.В., 1983):

1. С преобладанием явлений органического инфантилизма

Энцефалопатические расстройства умеренно выражены и проявляются обычно в церебростенических, реже - легких неврозоподобных явлениях, повышенной психомоторной возбудимостью. В неврологическом статусе отмечается легкая рассеянная микросимптоматика, признаки незрелости, негрубая вегетативная неустойчивость. В физическом облике часто превалируют инфантильные черты.

В отличие от ребенка более младшего возраста или конституционального инфантилизма при органическом инфантилизме эмоции характеризуются отсутствием непосредственности и яркости, отличаются примитивностью проявлений. Грубая внушаемость связана с органическим дефектом критики. При явном преобладании игровых интересов над учебными наблюдается и в игре однообразие, отсутствие творчества и слабость воображения.

У детей с повышенным эйфоричным настроением преобладают импульсивность и психомоторная расторможенность, внешне имитирующие детскую

жизнерадостность и непосредственность. Характерна неспособность к волевому усилию и систематической деятельности. На уроках отмечаются нарушения дисциплины. Высказывают отрицательное отношение к учебе, им неинтересно и трудно, а хочется гулять и играть.

Для детей с преобладанием пониженного настроения характерна склонность к страхам, повышенной тревожности, снижена общая активность, инициатива, самостоятельность. Поведение критично, адекватно. Часто тяжело переживают свою школьную дезадаптацию.

2. С преобладанием нарушений познавательной деятельности

Черты незрелости сочетаются с признаками повреждения центральной нервной системы. Более грубую картину, близкую к психопатоподобному синдрому, представляют проявления органического инфантилизма. Одни дети отличаются повышенной расторможенностью, агрессивностью, у других детей помимо повышенной тревожности, мнительности наблюдается и пассивность. Церебростенические и неврозоподобные расстройства более выражены, нередки психопатоподобные, эпилептиформные и апатико-динамические явления. В неврологическом статусе наблюдается гемисиндром, экстрапирамидная недостаточность, нарушения черепно-мозговой иннервации.

Отмечается недостаточность не самого мышления, а его предпосылок: памяти, внимания, пространственного восприятия и других высших психических функций, а также нарушение темпа, динамичности основных психических процессов, т. к. нарушаются более элементарные психические функции зрительного слухового восприятия, моторики.

Отмечается замедленность процессов приема и переработки сенсорной информации; неполноценность пространственной ориентировки, недостаточность памяти, отставание в речевом развитии. Наблюдается слабость познавательной активности, затруднения в навыках чтения, письма, счета.

Повышенная истощаемость (церебральная астения) лежит в основе ослабленной умственной работоспособности, снижения внимания. Познавательная деятельность также может страдать от двигательной расторможенности, аффективной возбудимости или, наоборот, вследствие нейродинамических нарушений.

Неуспевающие дети оцениваются их сверстниками не только как "глупые, ленивые, но и как злые и некрасивые". Это вызывает их социальную изоляцию в классе. С ними не хотят дружить, сидеть за одной партой. Это рождает гиперкомпенсаторные реакции, направленные на фиксации своей деятельности, на игровой форме, в которой они имеют ряд преимуществ, что еще более усугубляет их школьную дезадаптацию и депривацию.

Особенности развития познавательной деятельности

Внимание

- неустойчивость (колебания) внимания, которая ведёт к снижению продуктивности, обуславливает трудности выполнения заданий, требующих постоянного контроля, свидетельствует о незрелости нервной системы. Ребенок продуктивно работает в течение 5–15 мин, затем в течение какого-то времени 3-

7 мин, «отдыхает», накапливает силы для следующего рабочего цикла. В моменты «отдыха» ребенок как бы выпадает из деятельности, занимаясь посторонними делами. После восстановления сил ребенок снова способен к продуктивной деятельности.

- сниженная концентрация – выражается в трудностях сосредоточения на объекте деятельности и программе ее выполнения, быстрой утомляемости.

- снижение объема внимания – ребенок удерживает одно-временно меньший объем информации, чем тот, на основе можно эффективно решать игровые, учебные и жизненные задачи, затруднено восприятие ситуации в целом;

- сниженная избирательность внимания – ребенок как бы окутан раздражителями, что затрудняет выделение цели деятельности и условий ее реализации среди несущественных побочных деталей;

- сниженное распределение внимания – ребенок не может одновременно выполнять несколько действий, особенно если они все нуждаются в сознательном контроле;

- «прилипание внимания» – выражается в трудностях переключения с одного вида или найденного способа деятельности на другой, в отсутствии гибкого реагирования на изменяющуюся ситуацию;

- повышенная отвлекаемость.

Ощущения и восприятие:

- характерны недостаточность, ограниченность, фрагментарность знаний об окружающем мире.

- нарушены такие свойства восприятия, как предметность и структурность. Проявляется это в том, что дети затрудняются в узнавании предметов, находящихся в непривычном ракурсе.

- страдает также и целостность восприятия. Дети с задержкой психического развития испытывают трудности при необходимости вычленить отдельные элементы из объекта, который воспринимается как единое целое. Эти дети затрудняются в достраивании целостного образа по какой-либо его части.

- существенным недостатком восприятия у этих детей является значительное замедление процесса переработки поступающей через органы чувств информации. Ребенок с задержкой психического развития воспринимает за определенное время меньший объем материала, чем его нормально развивающийся сверстник.

- у детей нарушены не только отдельные свойства восприятия, но и восприятие как деятельность, включающая и мотивационный компонент, и операционный. Детям с задержкой психического развития свойственна общая пассивность восприятия, что проявляется в попытках подменить более сложную задачу более легкой.

- у детей с ЗПР отсутствует целенаправленность, планомерность в обследовании объекта, какой бы канал восприятия они ни использовали.

- часто наблюдаются затруднения в право и левоориентации. Это отрицательно сказывается на формировании графических навыков, письма и чтения.

Память:

Непроизвольная память. У детей с задержкой психического развития отмечаются определенные недостатки в развитии данной формы памяти. Ввиду сниженной познавательной активности страдает непроизвольное запечатление информации.

На продуктивность непроизвольного запоминания детей влияет характер материала и выполняемой с ним деятельности. Наглядно предъявляемый материал запоминается лучше, чем вербальный.

Механическая память. Недостатки механической памяти детей с задержкой психического развития:

- заметное по сравнению с нормой снижение результативности первых попыток запоминания;

- несколько большее количество попыток, необходимых для заучивания материала;

- сниженный объем запоминания;

- несколько более низкий (на 2-3 года) уровень продуктивности памяти;

- сниженная помехоустойчивость.

Мышление:

У младших школьников с задержкой психического развития низкая познавательная активность, что является проявлением низкого уровня психической активности и слабой познавательной мотивации.

В начале школьного обучения у них обнаруживается несформированность даже основных мыслительных операций и действий, которыми нормально развивающиеся дети владеют уже в старшем дошкольном возрасте.

В начале среднего школьного возраста дети с задержкой психического развития владеют значительным объемом знаний об окружающем мире, умеют ими оперировать, используя мыслительные операции анализа, синтеза, обобщения, отвлечения, способны высказывать суждения о свойствах знакомых объектов и о простых жизненных ситуациях. Затруднения вызывают установление причин явлений, выделение основных качеств предметов

Речь:

Уровень развития речи детей с задержкой психического развития удовлетворяет потребностям повседневного бытового общения: ребенок понимает обращенную к нему речь и его речь понятна окружающим. В речи этих детей нет грубых нарушений произношения, грамматического строя. Отмечается нецеленаправленность монологических высказываний, быстрое соскальзывание с заданной темы на более знакомую, привнесение случайных ассоциаций, частое повторение одних и тех же слов, возвращение к высказанной мысли.

Почти у 60% начинающих обучение школьников, имеющих задержку психического развития, произнесение звуков не нарушено. У других 40% детей фонетические дефекты разнообразны по своим проявлениям и механизмам образования. Они могут быть обусловлены несформированностью речеслуховых дифференцировок, нарушениями речевой моторики, аномалиями в строении артикуляционного аппарата.

Недостаточная аналитическая деятельность детей не позволяет им в пол-

ной мере производить наблюдения над звуками речи, сопоставлять их. Это же приводит к замедленному введению звуков в активную речь. У этих детей звуки ставятся легко, но автоматизация их происходит чрезвычайно медленно.

Почти половина детей с задержкой психического развития имеют различные отклонения в строении органов артикуляции: аномалии прикуса, укорочение подъязычной связки, толстый, массивный язык, высокое узкое («готическое») нёбо, дефекты строения зубного ряда.

Для большинства детей характерна недостаточность речевой моторики, что проявляется в напряжении мышц языка, трудностях удержания определенной позы языка, переключении органов артикуляции с одного положения на другое.

У детей с задержкой психического развития отмечается ограниченный словарный запас.

Глагольная лексика младших школьников с задержкой психического развития отличается от состава глагольного словаря их нормативно развивающихся сверстников. Дети с задержкой психического развития редко используют в своей речи глаголы, обозначающие эмоциональные состояния (обрадовался, испугался).

Межличностное общение:

У дошкольников с задержкой психического развития неполноценны все предпосылки, необходимые для формирования и развития процесса общения: познавательная и речевая активность, речемыслительная деятельность, не сформированы все виды речевой деятельности и её компоненты.

Общение со сверстниками у детей со слабовыраженными отклонениями в психофизическом развитии носит эпизодический характер. Дети, не имеющие отклонений в развитии, обычно общаются с такими детьми редко, почти не принимают их в свои игры. Находясь в группе нормально развивающихся сверстников, ребёнок с задержкой психического развития практически с ней не взаимодействует. Большинство детей предпочитают играть в одиночку.

В тех случаях, когда дети играют вдвоем, их действия часто носят несогласованный характер. Сюжетно-ролевую игру дошкольников с задержкой психического развития можно определить скорее как игру «рядом», чем как совместную деятельность. Общение по поводу игры наблюдается редко.

На занятиях дети предпочитают работать в одиночестве. При выполнении практических заданий, предполагающих совместную деятельность, сотрудничество наблюдается крайне редко, дети почти не общаются друг с другом.

Можно говорить о значительном отставании в формировании навыков общения в процессе беседы у дошкольников со слабовыраженными отклонениями в психическом развитии. Это отставание обусловлено как недоразвитием всех психических процессов, так и динамическими нарушениями всех видов речевой деятельности, выражающимися в неумении полно и четко отвечать на вопросы, спрашивать, высказываться в присутствии окружающих, слушать других, продолжать начатый разговор.

Дети с задержкой психического развития имеют тягу к контакту с детьми

более младшего возраста, которые лучше их принимают. А у некоторых детей возникает страх перед детским коллективом, и они избегают его.

Особенности эмоционального состояния.

У дошкольников с задержкой психического развития наблюдается отставание в развитии эмоций, наиболее выраженными проявлениями которого являются эмоциональная неустойчивость, лабильность, слабость волевых усилий, несамостоятельность и внушаемость, отмечается состояние беспокойства, тревожность, личная незрелость в целом, легкость смены настроений и контрастных проявлений эмоций. Они легко часто немотивированно переходят от смеху к плачу и наоборот.

Отмечается нестойкость к фрустрирующим ситуациям. Незначительный повод может вызвать эмоциональное возбуждение и даже резкую аффективную реакцию, неадекватную ситуации. Такой ребёнок то проявляет доброжелательность по отношению к другим, то вдруг становится злым и агрессивным. При этом агрессия направляется не на действие личности, а на саму личность.

Эмоциональная лабильность проявляется в неустойчивости настроений и эмоций, быстрой их смене, легком возникновении эмоционального возбуждения или плача, иногда — немотивированных проявлениях аффекта. Нередко у детей возникает состояние беспокойства.

Неадекватная веселость и жизнерадостность выступают, скорее, как проявление возбудимости, не умения оценить ситуацию и настроение окружающих.

Определяя более или менее успешно по внешнему выражению эмоции других людей, дети с задержкой психического развития часто затрудняются охарактеризовать собственное эмоциональное состояние в той или иной ситуации. Это свидетельствует об определённом недоразвитии эмоциональной сферы, которое оказывается довольно стойким.

Значительным своеобразием отличается развитие личности детей рассматриваемой категории. Для них характерна низкая самооценка, неуверенность в себе (особенно у школьников, которые какое-то время до специальной школы обучались в школе общего назначения).

Играть они предпочитают в одиночку. У них не отмечается выраженных привязанностей к кому-либо, эмоциональных предпочтений кого-то из сверстников, то есть не выделяются друзья, межличностные отношения неустойчивы.

Взаимодействие носит ситуативный характер. Дети предпочитают общение со взрослыми или с детьми старше себя, но и в этих случаях не проявляют значительной активности.

Существенно отметить своеобразие проявлений регулирующей роли эмоций в деятельности дошкольников с задержкой психического развития. Трудности, которые встречают дети при выполнении заданий, часто вызывают у них резкие эмоциональные реакции, аффективные вспышки. Такие реакции возникают не только в ответ на действительные трудности, но и вследствие ожидания затруднений, боязни неудачи. Эта боязнь значительно снижает продуктивность детей в решении интеллектуальных задач и приводит к формированию у

них заниженной самооценки (Н. Л. Белопольская).

Недоразвитие эмоциональной сферы проявляется в худшем, по сравнению с нормально развивающимися детьми, понимании эмоций как чужих, так и собственных. Успешно опознаются только конкретные эмоции. Собственные простые эмоциональные состояния опознаются хуже, чем эмоции изображенных на картинах персонажей (Е. С. Слепович).

Можно предположить, что эти проявления трудностей в понимании эмоций связаны с несформированностью соответствующих образов — представлений. Вместе с тем следует отметить, что дети с задержкой психического развития достаточно успешно выделяют на картинках причины эмоциональных состояний персонажей, что оказывается недоступным умственно отсталым дошкольникам.

Имеющиеся данные говорят о том, что дети с задержкой психического развития при рассмотрении изображения значительно легче опознают эмоциональные состояния людей в контексте общей ситуации (сюжета), чем по выражению лиц или по выразительным движениям (Т. З. Стернина). Кроме того, было обнаружено определённое сходство в опознании эмоциональных состояний всеми группами детей, а именно, все они лучше опознают радость и гнев, хуже страх.

Дети с задержкой психического развития опознают эмоцию, страдания лучше, чем нормально развивающиеся сверстники.

В целом все дети младшего возраста (дошкольного и младшего школьного) лучше воспринимают те эмоции, в изображении которых больше мимических знаков.

При изучении опознания пяти эмоциональных состояний (радости, гнева, страха, удивления и грусти) по различным частям лица (рта и бровей) выяснилось, что при существовании определённого разброса показателей отмечаются определённые закономерности, свойственные детям данной категории и характеру задержкой психического развития. В частности, было установлено, что дети с более выраженной задержкой психического развития и задержкой психического развития, обусловленной социальной депривацией, хуже опознают эмоциональное состояние по мимике лица.

В общении со сверстниками они часто не находят общего языка, так как язык слишком эмоционален, редко может удерживать роль. Компенсаторно-эмоциональные реакции могут быть как по интрапунитивному, так и по экстрапунитивному типу, часто возможен смешанный тип реагирования.

Таким образом у детей с задержкой психического развития наблюдается отставание в развитии эмоциональной сферы, что в свою очередь влияет на развитие основных компонентов познания: на ощущение, восприятие, память, мышление.

В результате неблагополучия в сфере межличностных отношений у детей создается отрицательное представление о самом себе: они мало верят в собственные способности и низко оценивают свои возможности.

Коррекционное учреждение для детей с задержкой психического развития

Коррекционное учреждение 7 вида предназначено для детей с задержкой психического развития, у которых при потенциально сохранных возможностях интеллектуального развития наблюдается слабость памяти, внимания, недостаточность темпа и подвижности психических процессов, а также повышенная истощаемость, несформированность произвольной регуляции деятельности, эмоциональная неустойчивость.

Выделяют следующие ступени образования:

1. Начальное образование (3-5 лет). Дети, начавшие обучение в общеобразовательном учреждении с 7-летнего возраста, принимаются во 2 класс коррекционного учреждения (срок обучения 3 года – 2,3,4 классы); начавшие обучение с 6 лет, принимаются в 1 класс (срок обучения 4 года – 1,2,3,4 классы). Дети, не обучавшиеся в общеобразовательном учреждении и показавшие недостаточную готовность к обучению, принимаются с 7 лет в первый класс (срок обучения 4 года); с 6-летнего возраста – в подготовительный класс (срок обучения 5 лет).

2. Основное общее образование (срок обучения 5 лет).

Прием детей осуществляется только в подготовительный, 1 и 2 классы. Наполняемость классов – до 12 человек. Вопрос о переводе воспитанников в общеобразовательные учреждения по мере коррекции отклонений в их развитии осуществляется после получения начального общего образования. С диагностической целью воспитанник может находиться в учреждении в течение 1 года.

Особенности учебно-коррекционной работы:

1. Необходимо осуществлять индивидуальный подход к каждому ребенку и на общеобразовательных и на специальных занятиях.

2. Важно предотвращать наступление утомления, используя для этого чередование умственной и практической деятельности. Требуется изучение материала небольшими объемами, использование интересного и наглядного дидактического материала.

3. В процессе обучения следует использовать те методы, с помощью которых можно максимально активировать познавательную деятельность детей.

4. В системе коррекционных мероприятий необходимо предусмотреть проведение подготовительных занятий (пропедевтический период) и обеспечить детей общими знаниями об окружающем мире.

5. Важно отмечать все успехи детей, своевременно и тактично помогать каждому ребенку, развивая в нем веру в собственные силы и возможности.

КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО КУРСУ «ПСИХОПАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА И КЛИНИКА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ»

1. Вопросы к экзамену

1. Психопатология как специальность медицины. Связь ее с другими науками.
2. Расстройство восприятия.
3. Расстройство мышления.
4. Нарушение памяти.
5. Нарушение эмоций.
6. Расстройство внимания.
7. Нарушение сознания.
8. Двигательно-волевые расстройства.
9. Неврозоподобные синдромы.
10. Расстройства сознания.
11. Бредовые синдромы.
12. Синдромы эмоциональных нарушений.
13. Синдромы двигательно-волевых нарушений.
14. Методы исследования психологических больных.
15. Общие вопросы этиопатогенеза.
16. Симптоматика шизофрений.
17. Синдромология шизофрений.
18. Формы шизофрений.
19. Типы течения шизофрений.
20. Исход шизофрений.
21. Ранняя детская шизофрения.
22. Клиника эпилептических припадков.
23. Психические нарушения при эпилепсии.
24. Неврозы. Симптомы. Клиника.
25. Формы неврозов.
26. Клиника психопатий.
27. Характеристика аутичных детей.
28. Клиника психозов (острых и затяжных).
29. Клиника подострых психозов.
30. Основные методы лечения психических больных.
31. Нарушения памяти, причины, виды, диагностика.
32. Синдром слабоумия, классификация, причины.
33. Органическая деменция.
34. Эпилептическая деменция.
35. Шизофреническая деменция.
36. Психоорганический синдром.
37. Синдромы слабоумия.

- 38. Синдромы псевдослабоумия.
- 39. Синдромы тотальной ретардации.
- 40. Синдромы парциальной ретардации.
- 41. Ранний детский аутизм.
- 42. Ранняя детская шизофрения.
- 43. Вялотекущая шизофрения.
- 44. Коррекционная работа, принципы, особенности при интеллектуальных нарушениях.
- 45. Дифференцированные формы олигофрении.
- 46. Динамика олигофрений.
- 47. Эпилептические реакции и судорожные состояния.
- 48. Парциальные формы психического недоразвития.
- 49. Особенности эпилептоидного характера.
- 50. Методы диагностики нарушений интеллекта.

2. Итоговый тест

- 1) Учение о причинах и условиях возникновения болезни называется:
 - А) нозологией
 - Б) патогенезом
 - В) этиологией
 - Г) патологией
- 2) к медико-биологическим факторам риска возникновения и развития болезней относится:
 - А) отягощённая наследственность
 - Б) возраст
 - В) пол
 - Г) все перечисленные факторы
- 3) Процесс индивидуального развития организма от момента оплодотворения и до смерти называется:
 - А) онтогенезом;
 - Б) биологическим возрастом;
 - В) физическим развитием;
 - Г) филогенезом
- 4) аутосомное заболевание, при котором в 21 паре имеется лишняя хромосома, это:
 - А) синдром Дауна
 - Б) синдром Шерешевского-Тернера
 - В) фенилкетонурия
 - Г) серповидно-клеточная анемия
- 5) Аутосомно-рецессивным заболеванием является:
 - А) фенилкетонурия
 - Б) гемофилия

- В) дальтонизм
 - Г) синдром Шерешевского-Тернера
- 6) Причинами возникновения задержки речевого развития являются:
- А) курение и алкоголь во время беременности;
 - Б) родовые травмы;
 - В) неблагоприятное течение беременности в связи с хроническими заболеваниями женщины;
 - Г) все перечисленные факторы;
- 7) Недостаток йода в питании беременной женщины может привести к наличию у ребёнка:
- А) кретинизма
 - Б) нарушения обмена веществ
 - В) пневмонии
 - Г) муковисцедоза
- 8) Какой способ диагностики предполагает выявление состояния болезни:
- А) лабораторная диагностика
 - Б) нозологическая диагностика
 - В) донозологическая диагностика
 - Г) клиническая диагностика
- 9) Повышенная чувствительность к раздражителям обычной силы называется:
- А) гипестезией;
 - Б) гипостезией;
 - В) анестезией;
 - Г) парестезией;
- 10) Пониженная чувствительность к раздражителям обычной силы называется:
- А) гипестезией;
 - Б) гипостезией;
 - В) анестезией;
 - Г) парестезией;
- 11) Расстройство памяти, при котором наблюдается снижение возможности запоминания, уменьшения запасов памяти называется:
- А) гипомнезией;
 - Б) гипермнезией;
 - В) амнезией;
 - Г) иллюзией;
- 12) Патологически повышенное, неадекватное раздражителю сверхрадостное настроение, когда человеку абсолютно всё нравится, называется:
- А) морией;
 - Б) эйфорией;

В) дистимией;

Г) дисфорией;

13) Патологически пониженное, угнетённое настроение, возникающее без какой-либо причины, называется:

А) морией;

Б) эйфорией;

В) дистимией;

Г) дисфорией;

14) Повышение пищевого инстинкта называется:

А) булемией;

Б) анорексией;

В) абулией;

Г) гипобулией;

14) Понижение пищевого инстинкта называется:

А) булемией;

Б) анорексией;

В) абулией;

Г) гипобулией;

15) Полное выключение сознания с потерей условных и безусловных рефлексов, отсутствием активной деятельности называется:

А) комой;

Б) сопором;

В) оглушением;

Г) ступором;

16) Лёгкая степень умственной отсталости называется:

А) идиотией;

Б) имбицильностью;

В) дебильностью;

Г) деменцией;

17) Запаздывание или остановка развития отдельных психических функций называется:

А) ретардацией;

Б) акселерацией;

В) асинхронией;

Г) гетерохронией;

18) Диспропорциональное искажённое развитие психики называется:

А) ретардацией;

Б) акселерацией;

В) асинхронией;

Г) гетерохронией;

19) Наиболее частой формой шизофрении является:

- А) простая;
- Б) параноидная;
- В) кататоническая;
- Г) гебефреническая;

20) Врождённое или приобретённое в первые годы жизни недоразвитие психических функций называется:

- А) умственной отсталостью;
- Б) задержкой психического развития;
- В) деменцией;
- Г) кретинизмом;

ГЛОССАРИЙ

Акселерация – ускорение соматического развития и физиологического созревания детей и подростков по сравнению с аналогичными показателями у представителей предшествующих поколений.

Агнозия – нарушение различных видов восприятия, возникающее при определённых поражениях мозга.

Агрессивность – это любое поведение, содержащее угрозу или наносящее ущерб другим.

Адаптация социальная – активное приспособление к условиям социальной среды путём усвоения и принятия целей, ценностей, норм и стилей поведения, принятых в обществе.

Акселерация – ускорение соматического развития и физиологического созревания детей и подростков, проявляющееся в увеличении их веса и размеров тела, а также в более ранних сроках половое созревание.

Анализатор – сложная анатомо-физиологическая система, обеспечивающая восприятие, анализ и синтез раздражителей, исходящих из внешней и внутренней среды организма.

Анамнез – совокупность сведений об условиях возникновения и протекания болезни, получаемых от самого больного, а также его близких с целью постановки и уточнения диагноза.

Аномальные дети – дети, имеющие отклонения от нормального психического или физического развития и нуждающиеся в специальных условиях обучения и воспитания.

Апраксия – нарушение произвольных целенаправленных движений и действий, не являющееся следствием параличей и парезов, а относящееся к расстройствам высшего уровня организации двигательных актов.

Асинхрония – не совпадающее во времени, опережающее развитие одних психических функций при отставании других функций.

Астения – психопатологическое состояние, характеризующееся слабостью, повышенной утомляемостью, эмоциональной лабильностью, гиперестезией, нарушением сна.

Асфиксия новорождённых – кислородное голодание плода в момент родов. При асфиксии происходит нарушение функций центральной нервной системы вследствие недостатка снабжения кислородом головного мозга.

Атаксия (от греч. а- - приставка со значением отрицания и taxis - порядок) - расстройство координации движений, возникающее вследствие поражений различных отделов нервной системы. При атаксии движения, сохраняя свою силу, теряют согласованность и точность.

Аутизм – состояние психики, характеризующееся замкнутостью, отсутствием потребности в общении, предпочтением своего внутреннего мира контактам с окружающими.

Аффективные дети - дети, у которых в силу постоянного неудовлетворения каких-либо существенных для них потребностей возникают и становятся

достаточно устойчивыми тяжелые эмоциональные переживания и связанные с ними формы поведения.

Биологический возраст – временная характеристика, отражающая темпы индивидуального роста, развития, созревания и старения организма. Существуют различные критерии для определения биологического возраста: костный возраст или скелетная зрелость (определяется по возрастной дифференцировке костей скелета); зубной возраст или зубная зрелость (определяется на основе числа и последовательности прорезавшихся зубов, как молочных, так и постоянных); половое развитие (определяется по времени появления, последовательности и степени развития вторичных половых признаков и наиболее часто используется как критерий биологического возраста при массовых обследованиях)

Болезнь – это нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными или морфологическими изменениями.

Возрастной период – отрезок времени, в пределах которого процесс роста и развития, а также физиологические особенности организма тождественны, а реакции на раздражители более или менее однозначны.

Внимание – сосредоточенность деятельности субъекта в данный момент времени на каком-либо реальном или идеальном объекте (предмете, событии, образе, рассуждении и т.д.).

Воспитание – процесс систематического и целенаправленного воздействия на духовное и физическое развитие личности.

Гиперкинез – автоматические насильственные движения вследствие непроизвольных сокращений мышц.

Гомеостаз – это постоянство внутренней среды организма, обеспечивающее нормальное протекание химических реакций, оптимальную работу органов и систем.

Гетерохронность развития – закономерность, обусловленная тем, что фазы максимальной интенсивности деления клеток (фазы митоза) и фазы их дифференцировки у растущего ребёнка не совпадают во времени. Общая тенденция этих процессов определяется законом прогрессивного дифференцирования И. И. Шмальгаузена: относительная масса индифферентных (недифференцированных, незрелых) тканей в организме уменьшается обратно пропорционально возрасту. Избирательное и ускоренное созревание обеспечивается в тех структурных образованиях и функциях, которые обеспечивают выживаемость организма. В период интенсивного роста и развития функциональной системы наблюдается её повышенная чувствительность к действию специфических факторов. Гетерохронность роста и развития отдельных органов и систем является научной основой для дифференцированного нормирования факторов окружающей среды и деятельности детей и подростков.

Гомеоклаз – процесс нарастающей, неразрешимой дестабилизации постоянства внутренней среды организма.

Гомеорезис – (проявление генной регуляции роста и развития) способность организма стабилизировать процесс роста и возвращаться к заданной ге-

нетической программе в тех случаях, когда физическое развитие нарушается под влиянием внешних факторов: голодание, инфекции и другие

Децелерация – прекращение акцелерации роста и развития подрастающего поколения – замедление соматического развития и физиологического созревания детей и подростков.

Дауна болезнь, синдром Дауна – хромосомная болезнь, одна из форм олигофрении, при которой умственная отсталость сочетается со своеобразным внешним обликом больного.

Деменция – стойкое и необратимое ослабление интеллектуальной деятельности в сочетании с расстройствами памяти и эмоционально-волевой сферы.

Депривация – психическое состояние, возникающее в результате длительного ограничения возможностей человека для удовлетворения в достаточной мере его основных психических потребностей; характеризуется выраженными отклонениями в эмоциональном и интеллектуальном развитии, нарушением социальных контактов.

Детский церебральный паралич – заболевание головного мозга, при котором вследствие поражения двигательных систем мозга наблюдаются различные психомоторные нарушения.

Дефект – физический или психический недостаток, вызывающий нарушение нормального развития ребёнка.

Дефектология – наука о психофизических особенностях развития детей с психическими или физическими недостатками, о закономерностях их воспитания, образования и обучения.

Дефицит общения - недостаточное по количеству и качеству общение ребёнка с окружающими людьми. Дефицит общения обычно имеет место в детских учреждениях закрытого типа, например, в больницах, домах ребёнка, детских домах, интернатах, в неблагополучных семьях, где родители не уделяют ребёнку достаточного внимания, или в семьях, где родители страдают различного рода заболеваниями, в силу которых не обеспечивают детям полноценного общения.

Диагноз психологический – конечный результат деятельности психолога, направленный на описание и выяснение сущности индивидуально-психологических особенностей личности с целью оценки их актуального состояния, прогноза дальнейшего развития и разработки рекомендаций, определяемых задачами психодиагностического обследования.

Диагностика психического развития - обследование человека в целях определения индивидуальных особенностей развития его психики: высших психических функций, личностных черт, мотиваций, отклонений от психической «нормы». Существенное значение для диагностики психического развития имеет история развития обследуемого - анамнез.

Дизонтогенез психический – нарушение психического развития, обусловленные патогенными биологическими факторами и микросредовыми условиями.

Дизонтогения – различные формы нарушений онтогенеза, включая ранний постнатальный, когда морфологические системы организма ещё не достигли зрелости.

Дислексия - существенные трудности в овладении чтением, в том числе понимании прочитанного и письмом у нормальных в других отношениях детей. Как ни странно, нередко дислексия сопровождается повышенными показателями умственного развития.

Задержка психического развития – особый тип дефицитарной аномалии психического развития ребенка. Задержка психического развития имеет различное происхождение: в одних случаях она связана с особенностями, а точнее - дефектами конституции ребенка, вследствие чего по своему физическому и психическому развитию он начинает соответствовать более раннему возрасту («гармонический инфантилизм»); в других случаях задержка психического развития возникает в результате различных соматических заболеваний (физически ослабленные дети) или органического поражения центральной нервной системы (дети с минимальной мозговой дисфункцией).

Здоровье – состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

Идиотия - самая тяжелая форма умственной отсталости.

Имбецильность - умственная отсталость средней тяжести (между дебильностью и идиотией).

Интеллект – это мыслительные способности человека, уровень его умственного развития.

Инфантилизм – сохранение в психике и поведении человека особенностей, присущих более раннему возрасту. Физический инфантилизм проявляется в задержке роста. Психический – в отставании в личностном развитии.

Исключительные дети - термин, которым в зарубежной (в основном англоязычной) научной литературе обозначается широкая категория детей, развитие которых по тем или иным показателям отклоняется от среднестатистических норм.

Компенсация функций – возмещение недоразвитых или нарушенных функций путем использования сохранных или перестройки частично нарушенных функций. При компенсации функций возможно вовлечение в ее реализацию новых нервных структур, которые раньше не участвовали в ее осуществлении. Эти структуры функционально объединяются на основе выполнения общей задачи. Согласно концепции П. К. Анохина, в создании новой функциональной системы при компенсации функций решающим моментом является оценка результатов попыток организма (животного или человека) устранить дефект (наличие «обратной афферентации»).

Коэффициент интеллектуальности – показатель тестов интеллекта. Обозначает отношение «умственного возраста» к реальному хронологическому возрасту испытуемого.

Кретинизм – заболевание, характеризующееся тяжелыми отклонениями в физическом и психическом развитии в сочетании с нарушением функции щи-

товидной железы.

Метод – широкий класс методик, обладающих родством основного технологического приема или родством теоретической системы представлений, на которой базируется валидность данного класса методик. Класс методик, объединенных родством технологического приема, также называется техникой.

Методика – конкретная, частная процедура, или система действий, предназначенная для получения информации о конкретном психическом свойстве (предмет обследования) у конкретного контингента испытуемых (объект исследования) в определенном классе ситуаций (условия обследования) для решения определенных задач (цель обследования).

Микроцефалия (от греч. mikros - маленький и kephale - голова) - значительное уменьшение размеров черепа (соответственно - головного мозга) при сохранении нормальных размеров других частей тела.

Минимальная мозговая дисфункция – нарушение функции центральной нервной системы вследствие микроповреждений коры и подкорковых структур головного мозга. Возникает в результате кислородного голодания плода во внутриутробном периоде и в процессе родов.

Мышление – высшая форма человеческого познания, представляющего собой процесс обобщенного и опосредствованного отражения действительности, выполняющего регулирующую функцию по отношению к поведению, социально обусловленного по происхождению приёмов и операций, а также в силу использования знаний, добытых в ходе человеческой истории.

Невроз – группа наиболее распространенных нервно-психических расстройств, психогенных по своей природе, в основе которых лежит непродуктивно и нерационально разрешаемое противоречие между личностью и значимыми для неё сторонами действительности, сопровождаемое возникновением болезненно-тягостных переживаний неудачи, неудовлетворения потребностей и т.д.

Негативизм – лишенное объективных оснований сопротивление предъявляемым требованиям.

Норма - в психологии и медицине термин нередко используется для обозначения здоровья, но его нельзя считать полным. Выделяют 3 основных вида нормы: 1) статистические, характеризующие статистическое большинство описываемых объектов; 2) физиологические, характеризующие по избираемым параметрам процессы и состояния здорового организма; 3) индивидуальные.

Образование – представляет ту сторону воспитания, которая заключает в себе систему научных и культурных ценностей, накопленных человечеством.

Обучение – это процесс усвоения учащимися определенных сторон общественно – исторического опыта человечества, осуществляемый под руководством специально подготовленного лица (учителя, воспитателя и т.д.), выполняющего образовательную, воспитательную и развивающую функции в их органическом единстве.

Олигофренопедагогика – это часть дефектологии (специальной педагогики, коррекционной педагогики), изучающая ребенка с различными нарушения-

ми интеллектуального развития, вопросы его воспитания, образования и обучения, а также последующей реабилитации и социальной адаптации.

Онтогенез – процесс развития индивидуального организма.

Ощущение – форма психического отражения, простейшая первичная форма познания действительности, представляющая собой субъективный образ объективного мира.

Память – следовая форма психического отражения, развивающаяся на основе генетической и физиологической памяти как запоминание, сохранение и последующее объективное и субъективное воспроизведение и узнавание раннее воспринятого, пережитого и сделанного.

Персеверация – патологическое повторение или настойчивое воспроизведение какого-либо действия или слога, слова. В основе персеверации лежат процессы, связанные с запаздыванием сигнала о прекращении действия.

Пограничная умственная отсталость – термин, принятый в международной классификации психических заболеваний для обозначения состояния между нормальным психическим развитием и легкой дебильностью.

Помощь психологическая – профессиональная помощь психолога в решении психологических проблем клиента.

Продуктивность внимания – это количество информации, способной сохраняться в сфере повышенного внимания человека.

Психический дизонтогенез - нарушение развития психики в целом или ее отдельных составляющих, нарушение темпов и сроков развития отдельных сфер психики и их компонентов. Термин «дизонтогенез» впервые введен Й. Швальбе (1927) для обозначения отклонения внутриутробного формирования структур организма от нормального развития. В. В. Лебединский выделил 6 вариантов психического дизонтогенеза: 1) недоразвитие; 2) задержанное развитие; 3) поврежденное развитие; 4) дефицитарное развитие; 5) искаженное развитие и 6) дисгармоничное развитие.

Психическое развитие – процесс накопления количественных и качественных прогрессивных изменений психики, обуславливающих формирование психики.

Психокоррекция – направление реабилитационной и коррекционно-воспитательной работы с аномальными детьми, целью которой является предупреждение и преодоление нарушений психического развития, в первую очередь отклонений в развитии личности.

Психологический возраст - характеризует возрастные изменения психики.

Психопатии – патология характера, при которой у субъекта наблюдается практически необратимая выраженность личностных свойств, препятствующих его адекватной адаптации в социальной среде.

Развитие – процесс закономерного изменения личности как системного качества индивида в результате его социализации.

Резистентность – оценка неспецифической устойчивости организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды. О степени рези-

стентности судят по числу простудных заболеваний, перенесённых ребёнком в течение года.

Ретардация – запаздывание или приостановка развития всех сторон психики.

Речь – сложившаяся исторически в процессе материальной преобразующей деятельности людей форма общения, опосредствованная языком.

Самооценка – оценка личностью самой себя, своих возможностей, качеств и места среди других людей.

Сенситивность возрастная – присущее определённому возрастному периоду оптимальное сочетание условий для развития определённых психических свойств и процессов.

Сенситивный возраст – этап возрастного развития ребенка, наиболее благоприятный для освоения каких-либо видов деятельности, формирования определённых психических функций.

Синдром – определённое сочетание признаков болезни (симптомов), обусловленных единым происхождением.

Синкenezия – рефлексорные содружественные движения одной конечности при произвольных движениях другой конечности.

Слабоумие – стойкое или малообратимое ослабление психической деятельности. **Стресс** – психическое и физиологическое состояние организма, которое возникает в ответ на разнообразные экстремальные воздействия.

Тахилалия – патологически ускоренный темп речи.

Темперамент – характеристика индивида со стороны его динамических особенностей: интенсивности, скорости, темпа, ритма психических процессов и состояний.

Тесты психологические – стандартизированные задания, используемые для измерения и оценки индивидуально-психологических особенностей личности.

Тремор – произвольные ритмические колебания конечностей, голоса, языка.

Тревожность – индивидуальная психологическая особенность, проявляющаяся в склонности человека часто переживать тревогу по относительно малым поводам.

Умственная отсталость – согласно современным научным представлениям, понятие "умственная отсталость" имеет собирательное значение, которое объединяет самые разные по своему происхождению формы патологии психической деятельности. В это число включают формы умственной отсталости, связанные с повреждением мозга генетическими, органическими, интоксикационными и иными вредностями. Выделяют формы, обусловленные влиянием неблагоприятных социальных и культурных факторов: неправильное воспитание, педагогическая запущенность, отрицательные соматические и психогенные влияния, дефекты зрения и слуха.

Устная речь – вербальное (словесное) общение при помощи языковых средств, воспринимаемых на слух.

Устойчивость внимания – способность в течение длительного времени сохранять состояние внимания на каком-либо объекте, предмете, деятельности, не отвлекаясь, не ослабляя внимание.

Фактор – постоянно действующие обстоятельства, вызывающие устойчивые изменения того или иного признака.

Фенилкетонурия - (ФКУ) наследственное нарушение обмена фенилаланина, характеризующееся прогрессирующим, особенно в первые 2 года жизни слабоумием. Впервые ФКУ была описана норвежским врачом и биохимиком А. Fölling (1934). Заболевание имеет аутосомно-рецессивный тип наследования. В среднем в Европе частота дефекта среди новорожденных составляет 1:10 000. Среди больных олигофренией ФКУ обнаруживается в среднем в 1% случаев.

Характер – подструктура личности, образуемая индивидуально-своеобразным комплексом устойчивых личностных особенностей, определяющих присущие личности типичные формы и способы достижения целей и самоуправления в общении с другими людьми.

Церебральный – относящийся к головному мозгу.

Эгоцентризм – отношение к миру, характеризующееся сосредоточенностью на своём индивидуальном «Я», а также ограниченной способностью воспринимать объективно внешние воздействия и состояния других людей.

Эгоцентрическая речь – речь, обращённая к самому себе, регулирующая и контролирующая практическую деятельность.

Эмоции – реакция человека на воздействие внутренних и внешних раздражителей, имеющих ярко выраженную субъективную окраску: обычно носят ситуативный характер и выражают оценку личностью определенной ситуации, связанной с удовлетворением потребностей человека в данный момент.

Эндогенность развития – обусловленность роста и развития ребёнка внешними факторами: окружающей среды (состояние атмосферного воздуха, состав питьевой воды, величина солнечной радиации), социальными (условия жизни, учёбы).

Эхолалия - автоматическое повторение чужих слов. Эхолалия наблюдается у взрослых и детей, страдающих органическими заболеваниями мозга, в том числе при имбецильности и резко выраженной дебильности. Эхолалия встречается иногда и у нормально развивающихся детей, представляя собой один из ранних этапов становления их речи.

Язык – 1) система знаков, служащая средством человеческого общения, мыслительной деятельности, способом передачи информации от поколения к поколению и хранение; 2) мышечный орган, покрытый слизистой оболочкой, расположенный в полости рта; участвует в жевании, артикуляции, содержащий вкусовые рецепторы.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

Основная литература

- 1) Долгушина Н.А. Оценка психофизиологических параметров у детей: учебно-методическое пособие для студентов гуманитарных вузов. – Магнитогорск: Магнитогорск. гос. техн. ун-та им. Г.И. Носова. 2017. 102 с.
- 2) Исаев Д.Н. Психопатология детского возраста: Учебник для вузов. – Санкт-Петербург: Спец.Лит. 2001. 463 с.
- 3) Обухов С.Г., Шустер Э.Е. Общая психопатология и психические расстройства детского и подросткового возраста // учебное пособие по психиатрии для студентов педиатрического факультета медицинских вузов. – Гродно. - 2003. – 127 с.

Дополнительная литература

- 1). Венгер А.Л. "Психологические рисуночные тесты". - М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003 г, 326с.
- 2). Степанов С.С. Диагностика интеллекта методом рисуночного теста / С. С. Степанов. – М. : Магистр, 1994. – 62 с.
- 3). Сунагаттулина И.И Специальная психология: учебное пособие / И. И. Сунагаттулина. – Магнитогорск : Изд-во Магнитогорск.гос. техн. ун-та им. Г. И. Носова, 2015. – 105с.

Учебное текстовое электронное издание

Долгушина Наталья Александровна

**ПСИХОПАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА
И КЛИНИКА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ**

Учебно-методическое пособие

1,01 Мб

1 электрон. опт. диск

г. Магнитогорск, 2017 год
ФГБОУ ВО «МГТУ им. Г.И. Носова»
Адрес: 455000, Россия, Челябинская область, г. Магнитогорск,
пр. Ленина 38

ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный
технический университет им. Г.И. Носова»
Кафедра социального образования и медико-биологических дисциплин
Центр электронных образовательных ресурсов и
дистанционных образовательных технологий
e-mail: ceor_dot@mail.ru