

Анна Ахметзянова

Основы психопатологии

**Симптомы психических расстройств,
причины их появления, закономерности
развития**

Palmarium Academic Publishing

Impressum / Выходные данные

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek: Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle in diesem Buch genannten Marken und Produktnamen unterliegen warenzeichen-, marken- oder patentrechtlichem Schutz bzw. sind Warenzeichen oder eingetragene Warenzeichen der jeweiligen Inhaber. Die Wiedergabe von Marken, Produktnamen, Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen u.s.w. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Библиографическая информация, изданная Немецкой Национальной Библиотекой. Немецкая Национальная Библиотека включает данную публикацию в Немецкий Книжный Каталог; с подробными библиографическими данными можно ознакомиться в Интернете по адресу <http://dnb.d-nb.de>.

Любые названия марок и брендов, упомянутые в этой книге, принадлежат торговой марке, бренду или запатентованы и являются брендами соответствующих правообладателей. Использование названий брендов, названий товаров, торговых марок, описаний товаров, общих имён, и т.д. даже без точного упоминания в этой работе не является основанием того, что данные названия можно считать незарегистрированными под каким-либо брендом и не защищены законом о брендах и их можно использовать всем без ограничений.

Coverbild / Изображение на обложке предоставлено: www.ingimage.com

Verlag / Издатель:

Palmarium Academic Publishing

ist ein Imprint der / является торговой маркой

AV Akademikerverlag GmbH & Co. KG

Heinrich-Böcking-Str. 6-8, 66121 Saarbrücken, Deutschland / Германия

Email / электронная почта: info@palmarium-publishing.ru

Herstellung: siehe letzte Seite /

Напечатано: см. последнюю страницу

ISBN: 978-3-659-98171-5

Copyright / АВТОРСКОЕ ПРАВО © 2012 AV Akademikerverlag GmbH & Co. KG

Alle Rechte vorbehalten. / Все права защищены. Saarbrücken 2012

Содержание

1. Критерии психического здоровья	3
2. Международная классификация психических расстройств 10 пересмотра	4
3. Психопатологические симптомы, симптомокомплексы и синдромы	7
4. Род, вид и тип психического расстройства	12
5. Симптомы психопатологических расстройств	15
6. Позитивные психопатологические синдромы	29
7. Акцентуации характера	50
8. Психопатические состояния	55
9. Неврозы	64
10. Умственная отсталость	95
11. Приобретённые психические дефекты как часть негативных синдромов	95
12. Психопатологические синдромы детского и подросткового возраста	105
13. Ранний детский аутизм	116
14. Наркомании и зависимости	119
15. Шизофрения	125
16. Эпилепсия	130
17. Аффективные психозы (маниакально-депрессивный психоз)	134
18. Дегенеративные заболевания мозга и старческие деменции	139
19. Учение о стрессе	144
Список использованной литературы	150
Тезаурус	151

1. Критерии психического здоровья

Психическое здоровье – одна из составляющих общего здоровья человека. По определению Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) общее здоровье определяется как «состояние человека, которому свойственно не только отсутствие болезней или физических недостатков, но и полное физическое, душевное и социальное благополучие». Основные критерии общего здоровья: структурная и функциональная сохранность органов и систем; свойственная организму высокая приспособляемость к изменениям в типичной для него природной и социальной среде; сохранность привычного самочувствия.

Критерии психического здоровья, принятые ВОЗ:

- осознание и чувство постоянства и идентичности своего физического и психического «Я»;
- чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях;
- критичность к себе и своей психической продукции и её результатам;
- соответствие психических реакций силе и частоте средовых воздействий, социальным ситуациям;
- способность самоуправления поведением по нормам, правилам и законам;
- способность планировать собственную жизнедеятельность;
- способность изменять способ поведения при смене ситуаций и обстоятельств.

В современном определении психического здоровья подчёркивается, что для него характерна индивидуальная динамическая совокупность психических свойств человека, которая позволяет ему адекватно возрасту, полу, социальному положению познавать действительность, адаптироваться в ней и выполнять свои биологические и социальные функции в соответствии с личными и общественными интересами и принятой моралью.

Международная классификация болезней заменяет понятие «психическая болезнь» более общим понятием «психическое расстройство». Психическое расстройство – это болезненное состояние с психопатологическими или

поведенческими проявлениями, связанное с нарушением функционирования организма от воздействия биологических, социальных, психологических, генетических или химических факторов. Психическое расстройство следует рассматривать как сужение, исчезновение или извращение критериев психического здоровья.

В момент первой встречи пациента с врачом ядро болезни или расстройства от врача скрыто. Его предстоит найти, познать, чтобы оказать лечебную помощь. Определение диагноза является задачей процесса диагностики. Краткое, обобщённое заключение о расстройстве (болезни) – диагноз. Диагноз связан с доминирующими концепциями и существующей классификацией.

2. Международная классификация психических расстройств 10 пересмотра

Чтобы классифицировать картину болезни пациента, нужно подчинить индивидуально установленный диагноз общим критериям классификации, которая общепринята. Международная классификация болезней (МКБ) издаётся Всемирной организацией здравоохранения. Последний пересмотр проведён в 1992 году. МКБ-10 используется также в детской и подростковой психиатрии. Прогресс современной классификации заключается в стандартизации отдельных диагностических признаков и в их едином интернациональном употреблении.

F0 Органические, включая симптоматические, психические расстройства

F00 деменция при болезни Альцгеймера

F01 сосудистая деменция

F02 деменция при других болезнях

F03 деменция, неуточнённая

F04 органический амнестический синдром не от психоактивных веществ

F05 делирий

F06 органический галлюциноз

F07 расстройства личности и поведения от болезней и повреждений мозга

F1 Психические и поведенческие расстройства от психоактивных веществ

F10 расстройства от алкоголя

F11 расстройства от опиоидов

F12 расстройства от каннабиоидов

F13 расстройства от седативных и снотворных веществ

F14 расстройства от кокаина

F15 расстройства от других стимуляторов, включая кофеин

F16 расстройства от галлюциногенов

F17 расстройство от табака

F18 расстройства от летучих растворителей

F19 расстройства от сочетаний наркотиков и др.

F2 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства

F20 шизофрения

F21 шизотипическое расстройство

F22 хронические бредовые расстройства

F23 преходящие острые психотические расстройства

F24 индуцированные бредовые расстройства

F25 шизоаффективные расстройства

F3 Аффективные расстройства

F30 маниакальный эпизод

F31 биполярное аффективное нарушение

F32 депрессивный эпизод

F33 рецидивирующие депрессивные расстройства

F34 хронические аффективные расстройства

F4 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства

F40 фобические расстройства

F41 другие тревожные расстройства

F42 обсессивно-компульсивные расстройства

F43 реакция на тяжёлый стресс и нарушения адаптации

F44 конверсионные расстройства

F45 соматоформные расстройства

F46 другие невротические расстройства

F5 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями

F50 расстройства приёма пищи

F51 расстройства сна неорганической природы

F52 половая дисфункция не от заболевания или органического расстройства

F53 психические и поведенческие расстройства послеродового периода

F54 злоупотребление веществами, не вызывающими зависимость

F6 Расстройства личности и поведения

F60 расстройства личности

F61 смешанное и другие расстройства личности

F62 хронические изменения личности не от заболеваний и повреждений мозга

F63 расстройства привычек и влечений (пиромания, kleптомания, к азартным играм)

F64 расстройства половой идентичности (транссексуализм, трансвестизм)

F65 расстройства сексуального предпочтения (фетишизм, эксгибиционизм, педофилия и др.)

F66 псих. и поведенческие проблемы в связи с сексуальным развитием и ориентированием

F67 другие расстройства личности и поведения

F7 Умственная отсталость

F70 лёгкая

F71 умеренная

F72 тяжёлая

F73 глубокая умственная отсталость

F8 Нарушения развития

F80 расстройства развития речи и произношения

F81 расстройства развития школьных навыков (чтения, написания, счёта)

F82 расстройство развития двигательных функций

F83 смешанные нарушения развития

F84 глубокие нарушения развития (ранний дет. аутизм, атип. аутизм, с.Ретта, с.Аспергера)

F9 Расстройства поведения и эмоций в детском и подростковом возрасте

F90 гиперактивное расстройство

F91 нарушения социального поведения

F92 смешанные нарушения социального поведения и эмоций

F93 эмоциональные расстройства детского возраста (тревога при разлуке, фобии)

F94 расстройство социального функционирования в детском и подростковом возрасте (элективный мутизм, реактивное расстройство привязанности)

F95 тикозные расстройства

F96 другие расстройства поведения и эмоций, начинающиеся в детском и подростковом возрасте (энурез, энкопрез, поедание несъедобного, заикание, речь взахлёб, стереотипные движения).

3. Психопатологические симптомы, симптомокомплексы и синдромы

Диагностика – это одна из специфических форм познания феномена болезни. Диагностика должна быть построена методологически правильно, иметь логику, динамику и соответствовать принципам этапности, направленности от частного к общему, от внешнего к внутреннему, от случайного к сущности, от познания к практике. Нарушение методологии ведёт

к диагностическим ошибкам. Первый этап диагностики – познание феномена болезни, который решается путём обследования. Единственной его задачей является обнаружение отдельных **признаков болезни**. Признак болезни связан с восприятием врачом отдельных свойств и качеств расстройства у больного. Признаки бывают **явные и скрытые**. Иногда явные признаки несут меньшую клиническую информацию. Поиск скрытых признаков с помощью различных методов диагностики является важнейшей задачей обследования.

На первом этапе диагностики признаки должны быть обнаружены и выделены, но и подробно и тщательно описаны. Первыми в процессе чувственного познания феномена болезни применяются клинические методы: наблюдение, беседа, изучение продуктов творчества больных. Будучи субъективными по форме, психопатологические признаки объективны по происхождению. Клинический метод является не только начальным, но и ведущим на этапе распознавания признаков болезни. Данные параклинического обследования получают диагностическую ценность при клиническом анализе. Его основной путь – от признака к симптому, от симптомов к синдрому и лишь потом к нозологической квалификации.

На втором этапе диагностики проводится клинический анализ, терминологическое типирование и систематизация симптомов. Далее идёт выделение и изучение диагностического значения отдельных признаков и их связи с патологией. Описание и обозначение патологических признаков осуществляется с помощью системы симптомов.

Симптом – строго фиксированное по форме описание признака, соотнесённого с определённой патологией. Это – терминологическое обозначение патологического признака. Признак является симптомом, если устанавливается его причинно-следственная связь с патологией. Специфическими для психиатрии (психопатологии) являются психопатологические симптомы, которые делятся на позитивные и негативные.

Позитивные обозначают признаки патологической продукции психической деятельности (сенестопатии, галлюцинации, бред, тоска, страх, эйфория, психомоторное возбуждение).

Негативные включают признаки обратимого или стойкого, прогрессирующего или регрессирующего ущерба, изъяна, выпадения, дефекта психического процесса (амнезия, гипобулия, абulia, апатия, гипомнезия и т.п.).

Позитивные и негативные симптомы в клинической картине выступают в единстве, сочетании и имеют, как правило, обратно пропорциональное соотношение: чем больше выражены негативные симптомы, тем менее и беднее – позитивные.

Совокупность всех симптомов, выявленных в процессе обследования, образует симптомокомплекс. Выделение его – следующий, более высокий уровень познания болезни. Симптомокомплекс отражает реальную картину болезни на момент обследования и является конкретным проявлением имеющейся у больного совокупной патологии. В нём выделяют ряд закономерно сочетающихся одного с другим симптомов, образующих синдром.

Синдром – строго формализованное описание закономерного сочетания симптомов, которые связаны между собой единым патогенезом и соотносятся с определёнными нозологическими формами.

Определение симптомокомплекса происходит при непосредственном восприятии конкретной патологии. Симптомокомплекс может не совпадать по количеству симптомов с синдромом, включать симптомы, не входящие ни в один синдром, а также представлять сочетание нескольких синдромов (например, психопатологический и неврологический).

В структуре психопатологического состояния значимость симптомов различна. Симптомы делятся на обязательные (среди них есть ведущие), дополнительные и факультативные. Возникновение обязательных симптомов обусловлено основными патогенетическими механизмами болезни. Дополнительные симптомы отражают тяжесть, выраженность патологического

процесса, а факультативные связаны с влиянием различных добавочных факторов.

Характерной чертой **ведущих** симптомов является то, что они появляются раньше других симптомов, а при обратном развитии исчезают в последнюю очередь. Без ведущих симптомов данный синдром не существует. Когда в качестве ведущего выступает лишь один симптом, синдром носит название **простого**. К простым относится **сенестопатоз, галлюциноз**. Когда ведущих симптомов два и более, синдром называется **сложным**. К сложным относятся параноидный, парафренный, кататонический и др.

Обязательные симптомы, как и ведущие, имеют прямое отношение к патогенетическим механизмам развития болезни и тесно с ними связаны. Они дают возможность выделить из группы синдромов конкретный синдром, диагностировать его типичный вариант и отделить от сходных состояний. Ведущие и обязательные симптомы относятся к существенным признакам синдрома. При этом ведущие симптомы – родовые признаки синдрома, а обязательные – его видовые отличия.

Дополнительные симптомы характеризуют признаки, которые закономерно встречаются в рамках определённого синдрома, но могут и отсутствовать. Они свидетельствуют об определённой тяжести патологического процесса, степени его клинической выраженности.

Факультативные симптомы имеют меньшую связь с патогенезом. Их появление зависит от действия преобладающих факторов. Они позволяют выделить атипичные варианты синдромов. Дополнительные и факультативные симптомы относятся к несущественным признакам синдрома. При этом дополнительные симптомы – собственные признаки, а факультативные – несобственные.

Психопатологические синдромы – структуры, изменяющиеся во времени, что делает необходимым изучение их синдромакинеза, т.е. динамики возникновения, развития, существования и исчезновения структурных

элементов синдрома. Синдромы могут развиваться этапно и мгновенно (пароксизмальные).

По степени структурной завершенности синдромы делятся на **развёрнутые и abortивные**. Развёрнутым называется синдром, структура которого достигает максимальной степени выраженности. Если структура синдрома имеет незавершенный характер, то он называется abortивный.

Психопатологические синдромы разделяются на **позитивные и негативные**. При оценке заболевания они рассматриваются в единстве и взаимосвязи. **К позитивным синдромам** по возрастающей степени тяжести относят следующие: эмоционально-гиперестетические расстройства, аффективные, невротические, паранойальные, кататонические и парафренические, помрачения сознания, парамнезии, судорожные, психоорганические. **К негативным синдромам** по возрастающей степени тяжести относятся следующие: истощаемость психической деятельности, субъективно осознаваемая изменённость «Я», объективная изменённость личности, дисгармония личности, снижение энергетического потенциала, снижение уровня личности, регресс личности, амнестические расстройства, тотальное слабоумие, психический маразм.

Ведущий симптом в рамках определённого синдрома обрастает группой обязательных, дополнительных и факультативных симптомов, характерных для данного его варианта. Каждый синдром при конкретной болезни имеет некоторую специфичность клинической структуры и течения. Любой нозологической форме присущи **определённые синдромы и основные закономерности их смены**, что характеризует психопатологический стереотип развития заболевания. Структура и течение синдромов модифицируются индивидуальными особенностями больного.

4. Род, вид и тип психического расстройства

Процесс диагностики завершается обобщением и сопоставлением взаимосвязи синдромов и информации, полученной при исследовании всех иных уровней патологического функционирования организма человека. Составляется медицинское заключение о патологическом процессе или состоянии, т.е. формулируется диагноз. В развитии заболевания различают дебют, инициальный период, этап развёрнутой клинической картины, этап стабилизации и исход. **Дебют** заболевания – это появление его первых признаков. **Инициальный период** бывает с наличием неспецифических, непсихотических, общесоматических, вегетативных, невротоподобных, психопатоподобных или эмоциональных расстройств с трудностью выделения нозологической формы.

На этапе **развёрнутой клинической картины** имеются характерные для данной нозологической формы синдромокинез и синдромогенез. **На этапе стабилизации** симптоматика болезни застывает на одном уровне. **Исходом** психических заболеваний может быть: выздоровление, неполное выздоровление, стабилизация состояния, глубокий дефект, смерть.

Возникает необходимость разделения психических расстройств по степени тяжести. О тяжести психического расстройства можно судить по нарушениям критериев психического здоровья. В этой связи все психические расстройства делятся на психотические и непсихотические.

Психотические расстройства характеризуются: а) грубой дезинтеграцией психики с наличием признаков психоза, к которым относятся бред, галлюцинации; б) исчезновением критики; в) исчезновением способности руководить своими действиями с неадекватными реакциями на события и на самого себя. К психотическим расстройствам относятся: позитивные синдромы от паранойальных до судорожных, тяжёлая и глубокая степени умственной отсталости, синдромы приобретённого психического дефекта от снижения уровня личности до психического маразма.

Социальными последствиями психотические и непсихотические расстройства различаются. Психотический уровень расстройств делает возможным применение недобровольного освидетельствования и госпитализации, диспансеризации, вынесения заключения о невменяемости и недееспособности.

Непсихотические расстройства характеризуются: а) адекватностью психических реакций по содержанию, но неадекватной заострённостью по силе и частоте ситуаций; б) сохранением критичности; в) ограничением регулировать своё поведение в соответствии с законами психологии, общества и природы. К непсихотическим расстройствам относятся позитивные синдромы: эмоционально-гиперестетические, аффективные, невротические и психоорганические, а также негативные синдромы: лёгкая и умеренная степени умственной отсталости, синдромы приобретённого психического дефекта от самого лёгкого до снижения энергетического потенциала.

В психиатрии целесообразно выделение рода, вида и типа заболевания.

Род определяется этиологической принадлежностью заболевания.

Выделяют следующие группы:

а) **эндогенные** – хромосомные, наследственные или с предрасположением болезни, патогенез которых обусловлен в основном внутренними механизмами, сформированными генетически;

б) **экзогенные**, при которых этиологический фактор, действуя из внешней среды, при взаимодействии с организмом вызывает его повреждение;

в) **психогенные**, при которых этиологическим фактором является микросоциальный конфликт, психотравма; г) **соматогенные**, при которых причиной психического расстройства является не церебральное заболевание, а соматическое, изменяющее внутреннюю среду так, что она становится патогенной для мозга и вызывает нарушения его деятельности (гипогликемия при диабете).

Вид болезни – отдельная нозологическая форма в пределах какого-то рода заболеваний. Видами эндогенных болезней являются шизофрения и эпилепсия. Энцефалит и травматическая болезнь относятся к экзогенным; неврозы, реактивные психозы – к психогенным расстройствам; деменция и другие психические нарушения при эндокринопатиях и иных соматических заболеваниях относятся к соматогенным заболеваниям.

Тип заболевания – разновидность нозологической формы, выделяемая по своему течению или по особенностям структуры её ведущего синдрома. Например, при маниакально-депрессивном психозе есть униполярный и биполярный типы по структуре фаз и тип непрерывного течения. Встречаются два наиболее универсальных типа течения заболеваний: непрерывное и приступообразное. Непрерывное течение может иметь регрессирующий, стационарный и прогрессирующий характер. Приступообразное течение может быть фазным, рецидивирующим, рецидивирующим и прогрессирующим.

При **фазном течении** заболевания сочетаются фазы и интермиссии. **Фаза** – это приступ психического заболевания, структура которого исчерпывается обратимыми полярными аффективными синдромами. **Интермиссия** возникает после выхода больного из фазы с практическим возвратом в состояние психического здоровья.

Рецидивирующее течение бывает в тех случаях, когда на фоне остаточной симптоматики возникают её обострения (рецидив). **Рецидив** проявляется усилением ведущих симптомов и присоединением к ним дополнительных и факультативных.

Рецидивирующее течение характеризуется сочетанием приступов с ремиссиями. **Ремиссия** – это межприступное состояние с временной остановкой или снижением активности заболевания с полным восстановлением психического здоровья.

5. Симптомы психопатологических расстройств

5.1. Ощущение – процесс отражения отдельных свойств и качеств предметов и явлений при их воздействии на органы чувств.

Патология ощущений: *анестезия* – полная нечувствительность анализатора при формальной анатомо-физиологической сохранности (амблиопия, anosmia, агезия, анальгезия); *психическая гипестезия; гиперестезия; сенестопатии* – неопределённые, трудно локализуемые, неприятные, тягостные ощущения проецируемые внутрь телесного «Я» (стягивание, жжение, шекотание, переливание, пульсация, расслоение, переворачивание чаще всего в области головы, реже груди и живота) их нужно отличать от *парестезий*, которые проецируются на поверхности кожи в соответствующей зоне иннервации с сопутствующими вегетативными расстройствами.

5.2. Восприятие – психический процесс отражения предметов и явлений в целом.

Патология восприятия

1. **Психосенсорные расстройства** – это искажённое отражение пространственно-временных качеств и свойств объектов внешнего мира и собственного тела, их веса, формы, величины, объёма, местоположения, контрастности, освещённости и т.п.

Метаморфозии – искажённое восприятие объектов (величины и размеров, формы, взаиморасположения, числа, течения времени, его последовательности, чувства реальности (дереализация, эритропсия- всё в красном свете, галеропия – всё в жёлтом цвете).

Нарушения «схемы тела» - его частей или тотальное.

У больных сохраняется критическое отношение к таким восприятиям. Использование дополнительного анализатора может купировать симптом. Например, при макропсии головы дотрагивание до неё или взгляд в зеркало могут восстановить патологическое восприятие.

2. **Иллюзии** – искажённое восприятие реально существующих объектов. *Вербальные иллюзии* – вместо нейтральной речи больной слышит речь иного содержания, адресованную к нему в виде брани, угроз, осуждения.

Аффективные иллюзии возникают при выраженных аффективных состояниях: страхе, депрессии, тревоге, экстазе. Содержание таких иллюзий чаще связано с ведущим аффектом и содержанием психопатологической симптоматики.

Парейдолии – это зрительные иллюзии, при которых игра светотени, пятна, морозные узоры, щели, трещины замещаются фантастическими образами. Они возникают вне зависимости от воли и аффекта.

5.3. Представление – следы бывших восприятий, их образы, возникающие в сознании произвольно или произвольно при их отсутствии в момент возникновения.

Патология представлений

Галлюцинации – это чувственно яркие представления предметов или явлений, несуществующих в пределах досягаемости анализатора. Галлюцинации **по содержанию** делятся на *простейшие и с завершённой предметностью*; **по анализатору** на *слуховые, зрительные, вкусовые, обонятельные, тактильные, висцеральные, моторные*; **по идентификации образа с реальностью** на *истинные и ложные*, **по условиям возникновения** на *рефлекторные, функциональные, апперцептивные, гипногогические, психогенные*, **по вовлечённости анализаторов** на *простые и сложные*.

Ложные галлюцинации осознаются как что-то аномальное, отличное от реальных образов, уверенность в необычном восприятии внутренним Я, образ несёт в себе особые качества вне поля досягаемости анализатора, имеет чувство сделанности, нет суточных колебаний выраженности, течение затяжное, хроническое.

Экстракампинные – вне поля досягаемости анализатора. Больные видят сзади себя, за стеной, слышат за сотни и тысячи км.

Простейшие – зрительные (фотопии), слуховые фонемы и акоазмы (шаги, шорохи, скрипы, шумы).

5.4. Внимание – это способность сосредоточиться на определённой деятельности, имеющей для личности значимость. *Непроизвольное* (пассивное) внимание возникает и поддерживается независимо от сознательных намерений. *Произвольное* внимание – сознательно регулируемое и направляемое, диктуется внутренней потребностью, его психологическими мотивами.

Патология внимания

Рассеянность – нарушение способности длительно сохранять его направленность. Больной не способен длительно удерживаться на одном виде деятельности.

Истощаемость – ослабление его интенсивности в процессе работы.

Сужение объёма – патологическое сосредоточение на объектах, имеющих значимость.

Тугоподвижность – патологическая фиксация, затруднение переключения с одного объекта на другой.

Отвлекаемость – патологическая его подвижность, проявляющаяся частым изменением направленности, сосредоточения и интенсивности внимания.

5.5. Память – процесс отражения и накопления индивидуального и общественного опыта. Её функциями являются запоминание, сохранение энграмм, воспроизведение в нужный момент. Выделяют краткосрочную, оперативную и долгосрочную память. Долговременная память устойчива, инертна и не всегда доступна сознанию.

Патология памяти

Дисмнезии (гипермнезия, гипомнезия, амнезия), **парамнезии** (псевдореминисценции, криптомнезии, эхомнезии, конфабуляции).

Гипермнезия – непроизвольное оживление памяти, повышение способности воспроизведения, вспоминания давно забытых событий прошлого.

Гипомнезия – частичное выпадение из памяти событий, фактов, явлений. Нарушение способности запоминать, удерживать, воспроизводить события, факты.

Амнезия – полное выпадение памяти. *Ретроградная* – выпадение впечатлений предшествующих острому периоду болезни от нескольких минут до нескольких лет. *Антероградная* – утрата воспоминаний о событиях за острым периодом болезни. *Конградная* – выпадение воспоминаний из острого периода болезни. *Антероретроградная* – тотальная амнезия на события до, во время, после острого периода болезни. *Фиксационная амнезия* – резкое ослабление или отсутствие способности запоминать, фиксировать текущие события. *Прогрессирующая амнезия* – распад памяти в соответствии с законом Рибо. Ход процесса идёт в порядке, обратном формированию памяти. Вначале исчезает память на поздние события, а ранние исчезают в последнюю очередь. *Ретардированная* амнезия – события выпадают не сразу, а спустя некоторое время после болезненного состояния. *Регрессирующая* – вариант амнезии с постепенным восстановлением памяти, но редко полностью. *Аффектогенная* – пробелы памяти возникают психогенно, по механизму вытеснения неприятных впечатлений и событий. Её вариант *истерическая* амнезия, при которой обстановка вспоминается.

Псевдореминисценции – ошибочные воспоминания, перенос событий из прошлого в настоящее замещающие провалы памяти в результате амнезий. Они стабильны по содержанию, имеют обыденное содержание. «Переносятся» значительные периоды жизни.

Криптомнезии – искажения памяти, при которых происходит отчуждение или присвоение воспоминаний. Ассоциированные воспоминания – услышанное, прочитанное, увиденное во сне, в кино, на сцене вспоминается как пережитое или продуманное больным. **Истинная криптомнезия** – приводит пациента к присвоению авторства научных идей, произведений искусства.

Эхомнезия – обман памяти, при котором событие, факт предстаёт удвоенным, утраченным. Текущие события просцируются одновременно в настоящее и в прошлое с убеждённостию в том, что это событие было.

Конфабуляции – яркие, образные ложные воспоминания с патологической убеждённостию в их истинности. По содержанию могут быть обывденными, фантастическими или нелепыми (он трижды маршал России или обладает несметными богатствами).

5.6. Мышление – целенаправленная система идей, символов, ассоциаций, возникающая в процессе выполнения задачи и приводящая к выработке правильного решения: мышление – нормально, если результатом является логическая система выводов. Главными формами мышления являются: *понятия, суждения, умозаключения*. Процесс мышления связан с логическими операциями: *анализом, синтезом, обобщением, ограничением, делением, классификацией*. Три вида мышления: **наглядно-действенное, образное, логическое**. Формой последнего является речь. Она обладает *логичностью, доказательностью, грамматическим строем, темпом, гибкостью и подвижностью, экономичностью, широтой, глубиной, критичностью, самостоятельностью, пытливостью, находчивостью, остроумием, оригинальностью, любознательностью, продуктивностью*.

Расстройства мышления

Навязчивые идеи – непроизвольные мысли, содержание которых не несёт адекватной информации, что критически оценивается человеком как чуждое. Мысли носят неотступный характер, от них невозможно произвольно освободиться и сопровождаются отрицательными эмоциональными переживаниями (канцерофобия, навязчивое мытьё рук при навязчивом страхе заражения, сомнения (патологическая затруднённость принятия решения), уместенная жвачка, контрастные - когда любимому человеку желают смерти, воспоминания о позорном событии из собственной жизни, нозофобии, страх пространств, социофобии (страх выступить в аудитории, общения,

поперхнуться, солгать, вспотеть, гинекофобия, андрофобия, прикоснуться, некрофобия).

Навязчивые влечения – желание совершить ненужные, опасные действия (самоубийства, убийства).

Навязчивые действия – реализованные навязчивые влечения. Часто имеют характер ритуальных. Навязчивое мытьё рук при бациллофобии, выдёргивание волос, обгрызание ногтей, скрежетание зубами, поедание земли, навязчивые тики, хмыканье, покашливание.

Сверхценные идеи – логически обоснованные убеждения на реальной ситуации с большим эмоциональным зарядом, определяют деятельность и приводят к дезадаптации. Критика к состоянию отсутствует. В её основе лежит реальное событие и факт. При сверхценной идее, в отличие от бреда, возможна временная коррекция поведения извне. Выделяют три варианта.

1. Связанные с переоценкой биологических свойств личности:

- А. **Дисморфофобические** – убеждённость, что имеется косметический или физиологический дефект. На устранение направлены все интересы и усилия.
- Б. **Ипохондрические** – преувеличение соматического заболевания.
- В. **Сексуальной неполноценности.**
- Г. **Самоусовершенствования** – преувеличение роли физических упражнений для здоровья.

2. Связанные с переоценкой психологических свойств личности:

- А. **Изобретательства.**
- Б. **Реформаторства** – убеждённость в коренных изменениях научных, социальных, экономических, культурных и иных концепций.
- В. **Талантливости** – убеждение, что он особо одарённая личность. Достижение признания становится целью их жизни.

3. Связанные с переоценкой социальных факторов:

- А. **Висовности** – преувеличение реальных поступков больного.

Б. **Эротические** – обычные знаки внимания расцениваются как признаки влюблённости (сюда же относятся идеи ревности, основанные на реальных фактах, не имеющих характера достоверных доказательств).

В. **Суггестивности** – убеждение в необходимости борьбы с реальными недостатками, возводимыми большими в ранг социальной несправедливости. Эта борьба становится целью жизни. Они порой дезорганизуют деятельность учреждений, загружая их жалобами.

Бредовые идеи – непоколебимые суждения и умозаключения, не соответствующие реальности, не поддающиеся коррекции и нарушающие адаптацию.

Систематизированный бред с наличием логической структуры и системы доказательств. Он имеет внутреннюю субъективную логику. Развитие его медленное, хроническое.

По содержанию различают четыре формы:

А. **Бред с пониженной самооценкой** (ипохондрический, самообвинения, самоуничтожения, дисморфоманический, нигилистический (убеждённости в тяжёлом заболевании, исчезновение или гниение органов, всего тела).

Б. **Бред с повышенной самооценкой** (мессианства, высокого происхождения, изобретательства, реформаторства, любовный, притязания на справедливость, богатства, величия).

В. **Бред преследования** (воздействие нечистой силы, колдовства, гипнотического или телепатического воздействия, радиацией, лазером, искусственности своих мыслей, убеждённости в открытости мыслей, чувств, переживаний, собственная речь как навязанная извне, овладение или полная управляемости психики со стороны, существование собственных копий, превращение в животное или в инопланетянина, в предмет, порчи и подмены вещей, бред обнищания, внедрение в организм животных и фантастических существ, отнесение к себе каких-то событий, бред отравления, ревности,

представление о борьбе двух миров, партий). Смешанные формы бреда преследования с повышенной или пониженной самооценкой.

Г. **Сенсорный бред** тесно связан с расстройствами чувственного познания (сенестопатии, галлюцинации, психосенсорные).

Нарушения мышления различаются по темпу, подвижности, целенаправленности, грамматическому строю.

Нарушения по темпу мышления

Ускорение – увеличение ассоциаций в единицу времени (чаще простые ассоциации по созвучию, сходству, смежности, контрасту) – резкая смена темы высказывания до скачки идей.

Замедление – уменьшение ассоциаций в единицу времени.

При нарушении подвижности три варианта:

Детализация – вовлечение в мышление второстепенных несущественных подробностей.

Обстоятельность – выраженная детализация с систематическим застреванием на побочных ассоциациях с возвращением к прежней теме.

Вязкость – детализация до такой степени искажает основную мысль, что делает её малопонятной, есть неспособность вернуться к теме беседы.

Нарушение целенаправленности:

Витневатость – пространные рассуждения с употреблением метафор, сравнений, цитат, научных терминов, формул. Речь приобретает черты псевдонаучности, красоты, необычности.

Соскальзывание – неожиданные переходы логически и грамматически правильной мысли одного содержания к другой по ложной неадекватной ассоциации. После соскальзывания больные способны к дальнейшему последовательному рассуждению, не исправляя допущенной ошибки.

Резонёрство – пространные разглагольствования по несущественному поводу. Обычно это банальные нравоучения, истины, известные изречения, софизмы. Непонятно «зачем» говорится. Речь грамматически правильная.

Аморфность – нечёткое использование понятий, мысль становится непонятной «о чём» говорит человек.

Разорванность – отсутствие связей между отдельными умозаключениями, суждениями и понятиями. Бывает логическая и грамматическая разорванность (до словесной крошки).

Нарушения грамматического строя речи

Бессвязность – нарушение логики и грамматического строя на фоне помрачения сознания. Это набор неоконченных фраз, слов и словосочетаний. Внешне напоминает разорванность, которая бывает при ясном сознании.

Речевые стереотипы – бессмысленное повторение одних и тех же слов, фраз, речевых оборотов. Варианты: **персеверации** – первое высказывание, адекватное ситуации, затем стереотипно повторяется в ответ на другие вопросы; **вербигерации** – бессмысленное повторение слов или речевых оборотов.

5.6. Эмоции – это психический процесс, отражающий субъективное отношение человека к действительности. Они имеют ряд свойств: качество, содержание, направленность, длительность, выраженность, источник возникновения. Основные качества определяются по субъективному отношению к объекту: положительное, отрицательное, двойственное, неопределённое. **Эмоциональные проявления подразделяются на состояния, отношения и реакции.** Состояние – это пребывание в каком-либо расположении духа. Отношение – характеризует связь субъекта с объектом и выражает его активную позицию в субъективной оценке последнего. Реакция – непосредственный субъективный ответ на воздействие. Эмоциональные проявления делятся на чувственный тон, настроение, чувство, страсть, **аффект и эмоционально-стрессовые состояния.**

Патология эмоций. Продуктивные эмоциональные расстройства

Эмоциональная гиперестезия – обычные по силе ощущения и восприятия сопровождаются обострённой окраской. Сочетается с гиперacusией,

гиперосмией, сенестопатиями. Эмоциональная гипестезия – обычные по силе восприятия сопровождаются ослабленной эмоциональной окраской.

Гипогимни. **Тоска** – состояние с преобладанием грусти, подавленности и угнетением психических процессов. **Тревога** – состояние или реакция с внутренним волнением, беспокойством, стеснением и напряжением в груди. Сопровождается предчувствием беды, пессимизмом на будущее. **Растерянность** – изменчивое, лабильное состояние с переживанием беспомощности, недоумения. **Страх** – состояние или реакция с опасениями о своём благополучии или жизни.

Гипертимни. **Эйфория** – состояние с преобладанием радости, лучезарности, солнечности бытия с повышенным стремлением к деятельности. **Благодушие** – состояние с оттенком довольства, беспечности без стремления к деятельности. **Экстаз** – состояние с наивысшей приподнятостью, часто с религиозным мистическим оттенком переживаний. **Гневливость** – высшая степень раздражительности, злобности, недовольства со склонностью к агрессии.

Паратимни. **Амбивалентность** – одновременное сосуществование двух противоположных по знаку эмоциональных оценок одного и того же факта, события. **Эмоциональная неадекватность** – качественное несоответствие реакции вызвавшему её поводу. Если эмоц. неадекватность проявляется немотивированной весёлостью, беспечностью с оттенком дурашливости, шаловливости, шутовства, то говорят о **гебефрениности**. **Симптом «стекла и дерева»** – сочетание эмоц. притупления с повышенной ранимостью, душевной хрупкостью, чувствительностью.

Нарушение динамики эмоций

Эмоциональная лабильность – быстрая и частая смена полярности эмоций, возникающая без основания, порой беспричинно. **Тугоподвижность** – длительное застревание на одной эмоции, повод для которой уже исчез.

Слабодушие – невозможность сдерживать внешние, контролируемые волей, проявления эмоциональных реакций.

Негативные эмоциональные расстройства

Сужение эмоционального резонанса – уменьшение распространённости реакций, сужение их спектра с уменьшением набора объектов, ситуаций, потребностей видов деятельности, на которые ранее эмоционально реагировал.

Эмоциональная патологическая инверсия – крайняя степень сужения эмоционального резонанса с направленность на утилитарно-гедонические потребности. **Эмоциональная нивелировка** – исчезновение дифференцированного реагирования, ранее свойственного данному субъекту. Уравнивается выраженность реакций на объекты, события, ситуации, потребности, виды деятельности различной значимости.

Побледнение эмоций – снижение интенсивности эмоциональных проявлений с уменьшением выразительности мимики и жестов.

Эмоциональная тупость – бесчувственность, безразличие, опустошённость с исчезновением адекватных эмоциональных реакций.

5.7. Воля – это психический процесс с сознательной, мотивированной, целенаправленной, активной деятельностью, которая связана с преодолением внешних и внутренних препятствий и направлена на удовлетворение потребностей человека. Волевой акт состоит из этапов последовательных, спланированных действий. В формировании воли имеет значение мотивационная сфера. **По уровню содержания и направленности мотивы личности** делятся на низшие и высшие.

Низшие: инфантильно-гедонические – стремление получить удовольствие в сфере инстинктивно-физиологических потребностей; **эгоистически-утилитарные** – побуждения связаны со стремлением извлечь личную выгоду, часто в ущерб интересам окружающих.

Высшие: альтруистические – принести пользу обществу, не думая о личной выгоде. **Псевдоальтруистические** – стремление принести пользу

окружающим связано с желанием получить ответную выгоду (ты – мне, я – тебе).

Непроизвольные действия совершаются в результате несознанных побуждений. Они возникают чаще в состоянии аффекта, растерянности, страха, изумления. **Произвольные действия** предполагают цель и представление действий. **Волевые действия** – требуют преодоления препятствий, стоящих на пути достижения цели.

К основным волевым актам относят: самостоятельность, решительность, настойчивость, самообладание, а также внушаемость, нерешительность, упрямство, волевою неустойчивость.

Патология волевой сферы. Угнетение влечений и мотивов

Анорексия – резкое угнетение пищевого инстинкта.

Снижение либидо – угнетение полового влечения.

Торможение оборонительных реакций – угнетение инстинкта самосохранения (отсутствие моргания, защитных поз).

Гипобулия – снижение побуждений к деятельности с регрессом мотивов.

Абулия – отсутствие побуждений к деятельности и отсутствуют мотивы.

Усиление влечений и мотивов

Буллимия – резкое усиление пищевого инстинкта, зачастую с неразборчивостью в еде.

Гиперсексуальность – резкое повышение полового влечения (у мужчин – сатириазис, у женщин – нимфомания).

Гипербулия – патологическое увеличение побуждений и мотивов.

Извращение влечений и мотивов: бродяжничество, влечение к поджогам, к кражам, к убийству, к самоубийству, совершать покупки, к спиртным напиткам, к посяданию несъестного, мазохизм, садизм, трансвестизм, гомосексуализм (лесбианство, педерастия), педофилия, зоофилия, некрофилия, геронтофилия, пигмалионизм (статуям, фотографиям, картинам).

Навязчивые влечения – побуждения помимо воли больного не отражают его интересы, сопровождается борьбой мотивов, сохранением критики.

Компульсивные влечения – побуждения к деятельности подобно жизненным влечениям диктуются признаками психофизического дискомфорта и принимают характер доминирующего мотива. Критическое отношение к этому влечению сочетается с невозможностью борьбы с ним. Все поступки направлены на его реализацию.

Импульсивные влечения – болезненные побуждения, которые возникают остро, безмотивно, чем напоминают пароксизмальные. Отмечается неотступное стремление к реализации влечения. На высоте патологического состояния наблюдается аффективное сужение сознания. После реализации возникает психическое истощение с успокоением.

Патология интеллектуальной компоненты воли

Амбивалентность – сосуществование двух противоположных мотивов и целей деятельности.

Навязчивые действия – реализованные навязчивые влечения, часто ритуальные.

Компульсивные действия – реализованные компульсивные влечения.

Насильственные действия – безмотивные, произвольные движения на фоне ясного сознания. Их задержать не удаётся, исчезают во время сна и усиливаются при волнении (насилованный смех, плач, крик, гиперкинезы - это в основном неврологические симптомы).

Импульсивные действия – аффективно индифферентные сложные двигательные акты, возникающие внезапно, без борьбы мотивов и часто сопровождаются агрессией или разрушениями без ситуационно-психологической обусловленности.

Патология на уровне реализации волевого усилия

Гипокинезия – замедление темпа произвольных движений.

Акинезия – обездвиженность.

Гипомимия – снижение мимических движений.

Мутизм – отсутствие спонтанной и ответной речи при сохранности речевой функции.

Эйфорическая, кататоническая, галлюцинозная, с автоматизмами, бредовая, тревожно-депрессивная гиперкинезия.

Паракинезы

Эхопраксия – нелепое, часто зеркальное повторение жестов, мимики, поз окружающих. **Эхолалия** – нелепое повторение слов, фраз, услышанных от окружающих.

Речевые стереотипии – однообразное, монотонное повторение одних и тех же слов. Делятся на виды: **персеверации** – повторение ответа, данного больным на предыдущий вопрос; **вербиграции** – бессмысленное повторение слова или наизывание сходных по звучанию слов.

Вычурность, манерность – необычность, нелепость действий и манеры поведения со стереотипным их повторением.

Двигательные стереотипии – однообразные, неадекватные повторения нелепых поз и движений.

Негативизм – немотивированное отрицательное отношение больного с отказом, сопротивлением.

Восковая гибкость – сохранение больным приданной ему позы, иногда неудобной и требующей мышечного напряжения.

Пассивная подчиняемость – патологическая готовность к выполнению любого указания, даже неприятного для больного; исполняется без осмысления. Паракинезы встречаются при кататонических синдромах.

6. Позитивные психопатологические синдромы

6.1. Астенический синдром

Ведущее его проявление – собственно астения: повышенная утомляемость и истощаемость нервно-психических процессов. У больного возникает истощаемость произвольного внимания и его концентрации, нарастает рассеянность, отвлекаемость, затрудняется сосредоточение, появляется затруднение запоминания и активного воспоминания, что сочетается с затруднением осмысления и схватывания. Так, чтение быстро превращается в механический процесс без усвоения и понимания смысла. В поведении астения проявляется нетерпеливостью, быстрым истощением активности, что сопровождается сменой объектов и видов деятельности, недоведением начатого до конца. Падают физическая и нервно-психическая трудоспособность. При работе быстро появляются усталость, вялость, потребность в отдыхе, после которого есть всплеск активности и улучшения самочувствия.

Обязательные симптомы: эмоционально-гиперэстетические и вегетативновисцеральные расстройства. К первым относятся раздражительная слабость – остро возникающие реакции недовольства, гневливость по малозначимым поводам, эмоциональная лабильность, слабодушие. Ведущий фон настроения: гипотимия, мрачность, капризность. Имеется нетерпимость и плохая переносимость ожидания. Характерны гиперестезия, головные боли, реже – сенестопатия. Вегетативновисцеральные - проявляются лабильностью сердечно-сосудистой системы, стойким дермографизмом, гипергидрозом, акроцианозом, колебаниями температуры, снижением либидо и потенции. Возникает повышенная чувствительность к климатическим и метеорологическим факторам. Нарушения сна представлены расстройствами засыпания, частыми пробуждениями, отсутствием чувства отдыха и ощущением разбитости, тяжести в голове утром.

Выделяется две формы астенического синдрома: гиперстеническую и гипостеническую. При гиперстенической форме преобладают эмоционально-гиперстенические расстройства. При гипостенической – на первый план выступает резко выраженная астения.

6.2. Субдепрессивный (психотический) синдром

Ведущий симптом – несильно выраженная тоска с оттенком грусти, скуки, некоторой подавленности, угнетённости, лёгкой тревоги, пессимизма.

Обязательные симптомы – гипобулия и замедление ассоциативного процесса. Гипобулия проявляется чувством вялости, утомлённости, физической и психической усталости, снижения продуктивности. Замедление ассоциативного процесса выражается в виде субъективного чувства снижения психической активности, ухудшения памяти, затруднения в подборе слов. Критика к своему состоянию полностью сохраняется.

6.3. Депрессивный синдром (психотический, классический)

Ведущим симптомом является выраженная тоска с оттенком витальности, соответствующей мимикой, позой, жестикულიцией.

Обязательные симптомы: гипобулия, гипокинезия, замедление темпа мышления.

Дополнительные симптомы: пессимистическая оценка своего прошлого, настоящего и будущего, достигающая степени идей виновности, греховности, самообвинения, самоуничижения, суицидальные мысли и действия.

6.4. Маскированная депрессия (ларвированная)

Сутью является то, что ведущий симптом – тоска – не находит отражения в субъективных переживаниях больного и его жалобах. В переживаниях преобладают факультативные симптомы: сенестопатии, парестезии, алгии, навязчивости, вегетовисцеральные и сексуальные симптомы, которые маскируют аффект тоски. Тоска выявляется лишь при направленном опросе врача и носит оттенок неуверенности в своих силах и возможностях. Возникает чувство потери свежести, бодрости, энергии. Наблюдается замедление темпа и

недостаточной модальностью речи, субъективным чувством интеллектуальной слабости. Имеются элементы гипокинезии, больной ощущает беспомощность, потерю перспективы. Структура и выраженность факультативных симптомов определяют различные варианты маскированной депрессии.

Алгически-сенестопатический вариант, в котором факультативные симптомы с сенестопатиями, в большинстве с алгическим компонентом. Они – основное содержание жалоб.

Агрипнический вариант имеет разнообразные нарушения сна: затруднения засыпания, поверхностный сон, раннее пробуждение, отсутствие чувства отдыха после сна.

Вегетовисцеральный вариант протекает с расстройствами: лабильность пульса и АД, диспноэ, тахипноэ, чувство озноба и жара, гипергидроз, субфебрильная температура, дизурии, ложные позывы на дефекацию, метеоризм. Они могут напоминать гипоталамические пароксизмы, эпизоды бронхиальной астмы или вазомоторных аллергических расстройств.

Обсессивно-фобический вариант, в котором на первый план выступают навязчивости, чаще нозофобии.

Наркоманический вариант возникает в результате случайного или преднамеренного сочетания алкогольного или наркотического опьянения с субдепрессией. Приём алкоголя или наркотиков начинает носить систематический характер. Это может напоминать большой наркоманический синдром, психическую или физическую зависимость. Однако удаётся обнаружить первичность аффективных расстройств и распознать симптоматический характер наркотизации, исчезающий по окончании скрытой депрессии.

Вариант с сексуальными нарушениями (снижение, порой исчезновение либидо, аноргазмия, фригидность и т.п.).

Диагностика маскированной депрессии представляет большие трудности, но все варианты имеют общие признаки. Удаётся выявить комплекс

гипотимических расстройств и признаки эндогенности (суточные колебания выраженности симптомов, повторяемость, периодичность, сезонная предпочтительность), а также наследственную отягощённость аффективными расстройствами, суицидами, психическими заболеваниями. Диагностическое значение имеет критерий терапевтического эффекта от антидепрессантов.

6.5. Гипоманиакальный (непсихотический) синдром

Ведущий симптом – умеренно выраженная эйфория с преобладанием чувства радости бытия. Обязательные симптомы – маниакальная гипербулия с субъективным ощущением творческого подъёма и повышением продуктивности, несмотря на отвлекаемость внимания, и ускорение темпа мышления. Пациенты осознают своё состояние, поведение грубо не страдает.

6.6. Маниакальный (психотический) синдром

Ведущий симптом – выраженная эйфория с ощущением безмерного счастья, радости, восторга. Обязательные симптомы – маниакальная гипербулия со значительной отвлекаемостью, отчего страдает продуктивность мышления; ускорение его темпа с тематической отклоняемостью до «скачки идей». Дополнительные симптомы – переоценка качеств своей личности, достигающая степени идей величия.

Смешанные аффективные синдромы

6.7. Депрессия с возбуждением

Ведущий симптом – постепенно нарастающая тоска. Несмотря на появление тоски, ещё сохраняются такие обязательные симптомы маниакальности, как гипербулия и ускорение темпа мышления.

6.8. Синдром дисфории

Ведущие симптомы – сочетание аффективных расстройств гипостенического (тоска, тревога, страх) и гиперстенического (злоба, гнев) полюса. Настроение тоскливо-мрачно, отмечаются злобность, страх, тревога, раздражительность.

Обязательные симптомы – целенаправленная гипербулия, которая черпает содержание в ведущем аффекте и выражается в агрессивных и суицидальных тенденциях и поступках, конфликтности, придирчивости. Дополнительным симптомом может быть бредовая настроенность. Для дисфорий характерно приступообразное и пароксизмальное течение.

6.9. Обсессивный синдром

Ведущими и основными симптомами являются навязчивые сомнения, счёт, воспоминания, контрастные и абстрактные мысли, «умственная жвачка», влечения и двигательные ритуалы. К дополнительным относятся тягостные состояния душевного дискомфорта, эмоционального напряжения, бессилия и беспомощности их преодоления.

6.10. Фобический синдром

Ведущими симптомами выступают разнообразные навязчивые страхи. Начинаются они недифференцированными страхами. Затем возникают и постепенно нарастают эмоциональное напряжение и психический дискомфорт. На этом фоне остро появляется страх, охватывающий больного в определённых условиях или при душевных переживаниях. Вначале возникает монофобия, которая обрастает другими, близкими и связанными с ней по содержанию. Например, к кардиофобии присоединяется страх езды в транспорте, клаустрофобия, танатофобия и т.п. Социофобии обычно сохраняют изолированный характер. Нозофобии наиболее разнообразны. Чаще всего встречаются кардиофобии, канцерофобии. Эти фобии обычно внедряются в сознание больных, несмотря на очевидную нелепость, и продолжают существовать вопреки всем попыткам избавиться от них. Быстро присоединяются ритуалы, дающие больным некоторое кратковременное облегчение и снимающие душевный дискомфорт.

6.11. Истерические (конверсионные) синдромы

Истерические синдромы – представляют индивидуальное сочетание пяти основных компонентов: психических, вегетовисцеральных, двигательных,

сенсорных и речевых расстройств. Для истерической симптоматики характерны эгоцентризм, ситуационная зависимость, появления и степени выраженности, кажущаяся нарочитость, демонстративность, внушаемость и самовнушаемость, возможность извлечь пользу из своего болезненного состояния (условная приятность или желательность). Истерические синдромы могут включать симптомы любого нервно-психического или соматического заболевания, о которых больные имеют примитивные представления.

Психические расстройства: фобии, субдепрессии, психогенные амнезии, повышенная эмотивность, лживость, фантазмы, слабодушие, ипохондрические переживания, эмоциональная лабильность, астения с физической и психической утомляемостью, сенситивность, повышенная впечатлительность и чувствительность, демонстративные суицидальные высказывания и попытки, аффективно-непоследовательное мышление.

Вегетовисцеральные расстройства: спазмы гладкой мускулатуры в виде ощущения сжатия гортани, чувство нехватки воздуха, дисфагия, задержка мочеиспускания, запоры, парезы кишечника, симулирующие кишечную непроходимость. Кроме того икота, срыгивания, расстройства слюноотделения, вздутие кишечника, тошнота, рвота, понос, анорексия, метеоризм. Часто – расстройства ССС: лабильность пульса, колебания АД, гиперемия или бледность, акроцианоз, головокружения, обмороки, боли в сердце. Отмечаются нерегулярные колебания температуры, викарные кровотечения из неповреждённых участков кожи, разнообразные нарушения менструаций и половой функции, ложная беременность.

Двигательные расстройства: припадки, моно-, геми-, пара-, тетрапарезы, паралич голосовых связок, ступор, контрактуры, камптокормия (сгибание туловища под углом 30-70°), гиперкинезы, писчий спазм, спазм языка и рта у музыкантов, спазм голсней у балерин и т.п.

Сенсорные расстройства: парестезии, гипо-, гипер-, анестезия, локализация которых не соответствует законам иннервации. Расстройства

чувствительности в виде «перчаток», «носков», «чулков», «колготок», «трусов», «куртки». Бывают истерические боли: цефалгии, артралгии, глоссалгии, цисталгии, гепаталгии, гастралгии, кардиалгии, онихалгии (ногтя); выпадения функции органов чувств: сужение полей зрения, извращение цветоощущения, скотомы, гемианопсии, астенопия (утомляемость зрения), амблиопия (снижение остроты зрения), амавроз, глухота, потеря обоняния и вкуса.

Речевые расстройства: заикание, дизартрия, афония, мутизм, сурдомутизм, афазия.

6.12. Синдром деперсонализации

Ведущий симптом – нарушение самосознания, что проявляется искажённым восприятием собственной личности с ощущением утраты её единства или искажения и отчуждения отдельных её физиологических или психических проявлений. Выделяют следующие варианты.

Аллопсихическая деперсонализация. Наблюдается чувство утраты активности, единства «Я» и существования. Возникает ощущение, что все действия, поступки, речь, движения совершаются как бы автоматически, происходит их отчуждение. Затем возникает чувство раздвоенности. Больные отмечают, что в них как бы сосуществуют две личности, протекают два ряда психических процессов. При максимальном развитии возникает чувство, что «Я» исчезает, превращается в «ничто», «пустоту». Наряду с этим могут быть явления соматопсихической деперсонализации и дереализации. При этом явления деперсонализации носят яркий чувственный характер. Часто они сочетаются с обсессивно-фобическим синдромом, субдепрессией, вегетативными нарушениями. Как правило, отмечается болезненная рефлексия в виде навязчивого самоанализа и самокопания. Такие расстройства могут быть в виде транзиторных приступов или длительных стабильных состояний.

Аутопсихическая деперсонализация проявляется в чувстве постоянно нарастающей потери индивидуальной специфичности социальной

коммуникации. Вначале возникает чувство собственной изменённости, с нарушением контактов с людьми. Больные принимают себя не такими, как прежде, оскудевшими интеллектуально и духовно, «чужими среди людей». В дальнейшем отмечается чувство полной утраты представления о своём «Я». Больные жалуются, что они полностью лишились собственного мировоззрения, взглядов, суждений, стали безликими людьми.

Дополнительными симптомами выступает тоска или тревога, как правило, наблюдается рефлексия. Деперсонализационные расстройства связаны с постепенно нарастающими негативными изменениями личности. На начальных этапах критика к болезни сопровождается ипохондрическим самоанализом. В последующем критика утрачивается или становится формальной.

Соматопсихическая деперсонализация характеризуется чувством отчуждения восприятия отдельных физиологических процессов с утратой их чувственной яркости. Она может быть в виде отчуждения сна, в отсутствии субъективного чувства облегчения и удовлетворения от опорожнения во время дефекации или мочеиспускания, при насыщении пищей, и т.п.

Анестетическая деперсонализация характеризуется болезненно переживаемым ощущением постепенного побледнения высших эмоций с последующей их утратой. Больные переживают ощущение утраты способности радоваться или печалиться даже при особо важных для них событиях и фактах. Сначала ощущение эмоциональной недостаточности, притуплённости, т.е. притупляется эмоциональный резонанс. В дальнейшем мучительное чувство утраты эмоций, полной потери аффективного резонанса. Больные утрачивают способность ощущать удовольствие или неудовольствие, радость, любовь, ненависть или грусть, образно называют себя «живым трупом».

6.13. Синдром дереализации

Ведущим симптомом является искажённое восприятие объективной реальности в целом без нарушения восприятия отдельных параметров её

объектов. Это искажённое мироощущение с чувством безжизненности, нереальности, чуждости, незнакомости, блёклости окружающего. При этом возможны нарушения восприятия течения времени (брадикахрония, тахихрония).

К дереализации также относятся:

а) «уже **виденное**» - кратковременное пароксизмальное состояние, при котором в незнакомой ситуации у больного ощущение, что она знакома, что он в ней уже находился прежде;

б) «**никогда не** **виденное**» - кратковременное пароксизмальное состояние, при котором в знакомой ситуации возникает ощущение, что попал в неё впервые;

в) «уже **пережитое**» - кратковременное пароксизмальное состояние, при котором комплекс эмоциональных переживаний данного момента переживается как идентичный уже когда-то пережитому (я это уже переживал).

6.14. Синдром психосенсорных нарушений

Ведущими симптомами являются те или иные психосенсорные расстройства: метаморфозии или нарушения восприятия «схемы тела». Для данного состояния характерно пароксизмальное течение, реже – стационарное, стереотипное содержание. На всём протяжении болезни пациенты сохраняют к ней критическое отношение.

6.15. Сенестопатически-ипохондрический синдром

Обязательным симптомом является ипохондрическая сверхценная идея. На начальной стадии происходит становление и постепенное развитие сенестопатий. В последующем у одних быстрее, у других медленнее возникает и крепнет монотематическая сверхценная идея ипохондрического содержания. В соответствии с ней больные постоянно настаивают на всё новых обследованиях, консультациях, более интенсивном лечении, хотя на этом этапе они ещё полностью полагаются на медработников, доверяют их диагностике и лечению. В последующем может развиваться ипохондрический бред –

паранойяльный по структуре и монотематический по содержанию. Он сопровождается возникновением собственных диагностических концепций, зачастую имеющих антинаучное содержание. С этого момента больные более полагаются на себя, чем на медработников, вступают с ними в полемику, настаивают на обследовании по собственному плану, применяют собственную методику лечения.

6.16. Паранойяльные синдромы

Ведущий симптом – систематизированный бред. Обязательные симптомы: эмоциональная заряженность бреда, соответствующая его содержанию, и бредовое поведение. Обычно вначале возникает монотематический систематизированный бред, в содержании которого нередко находят отражение реальные события. При этом в его развитии можно выделить ряд этапов, смена которых, как правило, происходит довольно медленно:

бредовое настроение – состояние внутреннего беспокойства, предчувствия надвигающейся опасности. реальная действительность кажется враждебной, загадочной, несущей угрозу;

бредовое восприятие – состояние внутреннего беспокойства с выделением отдельных событий, явлений, объектов, на которых постепенно фиксируется внимание пациента и которым придается не соответствующее действительности значение;

бредовое толкование – патологическое объяснение разрозненных фактов и явлений без объединения их единой системой доказательств;

кристаллизация бреда – болезненное объединение разрозненных событий, происшествий, фактов единой, разработанной и продолжающейся разрабатываться системой устойчивых доказательств. После кристаллизации бреда сразу же наступает улучшение субъективного эмоционального состояния, возникает заряженность бреда, меняется поведение. Больные полностью захвачены переживаниями, которые доминируют в сознании. Содержание

паранойяльного бреда на этом этапе может быть различным: реформаторство, ревность, бред отношения, любовный, дисморфоманический, изобретательства. Деятельность подчинена болезненным идеям и устремлена на их реализацию, а также сбор новых доказательств. Последующее развитие имеет варианты: дезактуализация, стационарное течение, трансформация в стойкий паранойяльный с присоединением бреда преследования. Трансформация наблюдается при непрерывно текущей шизофрении.

6.17. Галлюцинозы

Галлюциноз – простой психопатологический синдром, ведущим симптомом которого являются галлюцинации, возникающие в одном, реже в двух и более анализаторах. Они доминируют в структуре, довольно обильны, с завершённой предметностью.

Обязательные симптомы – аффективные расстройства, острый чувственный бред и психомоторное возбуждение, которые однотематичны по содержанию с галлюцинациями и играют по отношению к ним как бы подчинённую роль.

В качестве факультативных симптомов могут быть психосенсорные расстройства, сенестопатии, малооформленные или элементарные галлюцинации в других анализаторах. Галлюцинозы возникают на фоне формально ясного сознания, хотя при остроте их развития может появиться галлюцинаторная загруженность, напоминающая помрачение сознания. Галлюцинозы делятся по динамике на две большие группы: острые и хронические.

Острые галлюцинозы имеют непродолжительный до нескольких суток продромальный период, в который возникают эмоционально-гиперстетические расстройства. Манифестируют галлюцинозы остро, порой внезапно. Чаще в вечерне-ночное время. Контакт с такими больными резко затруднён, порой невозможен. Выделяются слуховые, зрительные, обонятельные, тактильные галлюцинозы.

Хронический галлюциноз исчерпывается одним ведущим симптомом – галлюцинациями. Постепенно наступает эмоциональное успокоение, исчезает возбуждение, пропадает бред, поведение упорядочивается. Хронический галлюциноз сосуществует с обычной психической деятельностью, не оказывая на неё существенного влияния и не мешая пациенту.

6.18. Параноидные синдромы

Синдром с хроническим течением сложный (с-м Кандинского-Клерамбо). Ведущими симптомами являются систематизированный бред воздействия и псевдогаллюцинации, чаще слуховые, разнообразные автоматизмы.

Обязательные симптомы – эмоциональное напряжение и бредовое возбуждение. Наличие или отсутствие обязательных симптомов свидетельствует о выраженности или остроте психоза. Их появление всегда совпадает с усилением, генерализацией и актуализацией ведущих симптомов. В качестве факультативных – выступают сенестопатии, парестезии, кататонии. По преобладанию ведущего выделяют две формы: галлюцинаторную и бредовую.

При галлюцинаторной форме преобладают слуховые галлюцинации. Формирование начинается с вербальных иллюзий и бредового настроения. Затем появляются элементарные истинные слуховые, нарастает подозрительность. Следом возникают истинные вербальные и бред преследования, а в дальнейшем – ложные слуховые, бред воздействия и автоматизмы. В бредовую систему обычно не вовлекается ближайшее окружение больных.

При бредовой форме преобладает бред физического, гипнотического или телеспатического воздействия, овладения, преследования. Имеются все виды автоматизмов: идеаторные (открытость мыслей, разматывание воспоминаний, сделанные сновидения, вкладывание мыслей), моторные, речедвигательные, сенестопатические, аффективные. При полном развитии всех автоматизмов, выраженности бреда овладения и воздействия возникает вариант синдрома

Кандинского-Клерамбо – синдром робота. Нередко при нём выражены двигательные автоматизмы, сочетающиеся с моторными расстройствами кататонического типа.

6.19. Парафренный синдром

Ведущими симптомами являются систематизированный фантастический мегаломанический устойчивый полифабульный бред с идеями воздействия, мессианства, величия, иного происхождения, богатства, антагонистический, двойников, метаморфозы, одержимости, ипохондрический, обычно с ретроспективной переработкой прошлой жизни, а также вербальные псевдогаллюцинации с характером галлюцинаторного информирования, зрительные псевдогаллюцинации, фантастические конфабуляции, психические автоматизмы.

К обязательным симптомам относятся благодушие, бредовое поведение.

Синдром является исходным этапом хронических параноидных синдромов. Они усложняются и завершают собой цепь состояний, начинающихся параноидальным синдромом. По преобладающему ведущему симптому выделяется несколько форм:

Систематизированный парафренный синдром протекает с эмоционально насыщенными фантастическими идеями величия и преследования. Бред воздействия и автоматизмы выражены слабо.

Галлюцинаторная парафрения, при которой вербальные галлюцинации, в которых бред черпает своё содержание. Выражены зрительные псевдогаллюцинации. Фантастическая бредовая переработка прошлого связана с псевдогаллюцинаторными псевдовоспоминаниями.

Конфабуляторная парафрения. Значительно выражены фантастические конфабуляции с мегаломаническим бредом. Благодушие выражено в большей степени, чем при других формах синдрома.

6.20. Кататонический ступор

Ведущие симптомы – гипокинезия и паракинезия. Гипокинезия от двигательного торможения до обездвиженности с гипомимией или амимией, мутизмом. Для паракинезии характерны активный или пассивный негативизм, вычурность и манерность поз (симптом хоботка, капюшона, воздушной подушки, эмбриональная поза) восковая гибкость, пассивная подчиняемость.

Обязательными симптомами являются нейровегетативные расстройства: сальность с угрями, акроцианоз, бледность, гипергидроз, тахикардия, колебания АД, изменения мышечного тонуса, снижение болевой чувствительности до анестезии, сухожильная гиперрефлексия, вялая реакция зрачков на свет, тошнота, рвота, анорексия.

Факультативными симптомами бывает отрывочные бредовые идеи и эпизодические галлюцинации. По характеру паракинезий выделяют четыре формы: а) вялый ступор; б) ступор с восковой гибкостью; в) негативистический ступор; г) ступор с оцепенением.

6.21. Кататоническое возбуждение

Ведущие симптомы – кататонические гиперкинезия и паракинезия. Паракинезия представлена эхопраксиями, эхोलалиями, речевыми и двигательными стереотипиями, вычурностью, манерностью поз, негативизмом. Нередко паракинезии сочетаются с паратимиями и извращениями влечений, побуждений, мотивов деятельности (гомицидомания, суицидомания, членовредительство, копрофагия и др.), что проявляется импульсивно.

Обязательные симптомы нейровегетативные. Дополнительный симптом – ускорение речи, приобретающей характер разорванности и речевой стереотипии (персеверации и вербигерации).

Помрачения сознания – тотальная дезинтеграция всей психической деятельности с качественными изменениями содержания сознания, в его извращении. Кроме дезориентировки включают психопатологические симптомы, представляющие все психические процессы. В отличие от

выключений сознания при помрачении отражение присутствует, но его содержанием является мир болезненных переживаний больного.

6.22. Онейрод

Ведущие симптомы – аллю- и аутопсихическая дезориентировка, зрительные и слуховые псевдогаллюцинации, галлюцинации и иллюзии, грандиозный сказочно-фантастический грёзоподобный бред, интенсивные полярные аффективные состояния, кататоническая симптоматика, частичная или полная конградная амнезия событий и своего поведения при достаточном воспоминании содержания болезненных переживаний. У больного полная отрешённость от окружающего мира с погружением в мир грёзоподобных переживаний. Аутопсихическая дезориентировка заключается в видоизменении, перевоплощении, растворении, дроблении своего «Я». Выражены вегетовисцеральные расстройства (тахикардия, колебания АД, сальность, гипергидроз, гипертермия, цефалгии, парестезии, бессонница, тошнота, запоры, анорексия). Выделяют следующие формы:

Аффективно-онейродная, при которой чётко очерчены полярные аффективные состояния. Бредовые переживания тесно связаны с аффективной патологией. Кататоническая симптоматика нерезко выражена.

Онейродно-бредовая, при которой наиболее выражен чувственный образный бред и психические автоматизмы. Состояния могут быть сходны с аффективно-бредовыми или парафреническими синдромами. Эта форма имеет наибольшую продолжительность и с таким же медленным обратным развитием.

Кататано-онейродная, в структуре которой больше кататонической симптоматики. Развитие этой формы отличается выраженностью вегетовисцеральных расстройств и наибольшей остротой.

6.23. Делирий

Ведущие симптомы – дезориентировка в месте и времени при сохранении к собственной личности и истинные зрительные галлюцинации.

Обязательные симптомы – эмоциональное напряжение (страх, боязнь, тревога, заинтересованность), острый чувственный бред, галлюцинаторно-бредовый вариант психомоторного возбуждения. Содержание обязательных симптомов связано с содержанием зрительных галлюцинаций. Частичная конградная амнезия реальных событий, тогда как болезненные переживания вспоминаются. Есть обильные вегетовисцеральные симптомы.

В качестве факультативных симптомов могут быть: парестезии, сенестопатии, иные галлюцинации.

Регресс делирия может быть критическим или литическим. Критический вариант выхода обычно происходит через глубокий и длительный критический сон, после пробуждения сознание проясняется и обнаруживается астеническая симптоматика. При литическом варианте делирий проходит все этапы в порядке, обратном его развитию. После выхода остаётся астенический синдром, в некоторых случаях резидуальный бред.

6.24. Амения

Сутью является глубокая тотальная дезинтеграция всей психической деятельности, что проявляется ведущими симптомами: грубая тотальная аффекто- и аутопсихическая дезориентировка, выраженное нарушение активного внимания с его резкой отвлекаемостью, инкогеренция мышления, психомоторное беспечное возбуждение. Больной, как правило, не покидает постели. Возбуждение порой прерывается обездвиженностью.

Обязательные симптомы: растерянность, недоумение, эмоциональная лабильность с резкой сменой периодов страха, тревоги, печали, экзальтации, эпизоды изменчивых по содержанию зрительных и слуховых галлюцинаций, фрагментарный чувственный бред. Бред и галлюцинации в поведении отражения не находят. После конградная амнезия. Выражены висцеровегетативные и соматофизические расстройства. Выход из амении литический. Постепенно восстанавливается ориентировка и грамматический строй речи. Наиболее длительны нарушения внимания. Постепенно исчезает

бред, галлюцинации, аментивное возбуждение. Возникает выраженная соматопсихическая астения. Амения может смениться комой.

Выключение сознания – тотальное нарушение отражательной деятельности, которое заключается в уменьшении, вплоть до полного исчезновения, объёма и глубины всего психического функционирования. Вначале суживается и уменьшается познавательно-логическое, рациональное отражение, страдает вторая сигнальная система. Затем присоединяются нарушения сенсорно-перцептивного, чувственно-образного отражения, страдает первая сигнальная система. За этим начинает угасать условно-рефлекторное отражение. В последнюю очередь нарушается безусловно-рефлекторное отражение витального функционирования организма.

6.26. Оглушение

Ведущие проявления – уменьшение, упрощение и затруднение всей психической деятельности. Ориентировка принимает фрагментарный характер, что связано с нарушением восприятия. Уменьшается приток информации через зрение и слух. Обработке подвергаются наиболее сильные и жизненные раздражители. На слабый голос может не прореагировать, на сильный – удастся получить адекватную, хотя и замедленную ответную реакцию. Осмысление происходящего затрудняется, выхватываются наиболее яркие и важные впечатления. Выражена брадифрения. Мышление упрощённо, трудности в подборе слов. Речевые ответы возможны на элементарные вопросы. Они лаконичны, односложны, но всегда адекватны. Больные как бы дремлют. Внимание привлекается с трудом. В эмоциональной сфере преобладает безразличие, безучастность, но возможно и благодушие. Характерна конградная частичная амнезия многих событий и фактов, имевших место в период оглушения. Могут появиться иллюзии.

6.27. Сопор

Ориентировка невозможна, так как полностью исчезают высшие формы отражения: рациональное и чувственное. Информация через дистантные

анализаторы не поступают. Каналами её введения являются контактные, проприоцептивные и интероцептивные. Психическое отражение исчезает, деятельность первой и второй сигнальных систем прекращается. Сохраняются только защитные рефлексы: болевые, термические, кашлевой, рвотный, корнесальный, глотательный. Адинамия достигает степени прострации, полной обездвиженности. Возможны элементарные двигательные акты, крик. После выхода из сопора – полная конградная амнезия.

6.28. Кома

Содержанием отражательной деятельности являются жизненные функции организма, регулируемые системой безусловных рефлексов: сердечная и дыхательная деятельность, тонус сосудов, терморегуляция. Угасают условные рефлексы. Появляются патологические рефлексы. После выхода из комы – полная конградная амнезия. При углублении комы возникают патологические формы дыхания, нарушается сердечная деятельность, тонус сосудов, терморегуляция. Оглушенность, сопор и кома – представляют этапы непсихотического расстройства сознания.

Пароксизмальные нарушения сознания

6.29. Сумеречное состояние сознания

Ведущими симптомами являются глубокая алло- и аутопсихическая дезориентировка с фокусированием на узком круге объектов и лиц, а также гиперкинезия с автоматизмами.

Факультативные – выраженное эмоциональное напряжение, яркие галлюцинаторные и иллюзорные переживания, кратковременный бред, бессвязная речь, галлюцинаторно-бредовое психомоторное возбуждение, имеющее импульсивный характер и агрессивно-разрушительное содержание. По выходе из данного состояния – полная конградная амнезия.

Сумеречные состояния возникают не только днём, но и ночью. Появление их в период сна носит название сомнамбулизма.

6.30. Особые состояния сознания

Ведущие симптомы – аллопсихическая дезориентировка, особенность которой – одновременное сосуществование крайне ярких, доминирующих в сознании психопатологических расстройств и нечёткого, неполного осознания объективной реальности; обильные психосенсорные нарушения с метаморфозами и нарушениями схемы тела, часто бради- и таххрония, при которых у больных создаётся впечатление, что время замедляется, замирает, то резко ускоряется, деперсонализация, дереализация, уже виденное, уже пережитое, никогда не виденное: истинные галлюцинации, чаще зрительные, отчётливые видения в красном, синем, фиолетовом цвете. Реже обонятельные и вкусовые галлюцинации, аффективные расстройства.

Обязательные симптомы – двигательные расстройства; острый чувственный бред; расстройства памяти в виде частичной конградной амнезии реальных событий. Выделяют три формы особых состояний: психосенсорную, галлюцинаторную, аффективную.

6.31. Парамнестический (Корсаковский) синдром

Ведущие симптомы – антероградная амнезия в виде невозможности воспроизведения текущих событий, парамнезии, грубая нескритичность ко всем проявлениям болезни.

Обязательные симптомы – амнестическая дезориентировка во времени, месте, окружающих лицах с невозможностью запомнить их имена и функцию; разнообразные аффективные и двигательные расстройства. Особенностью корсаковского синдрома является сохранение достаточной ситуационной сообразительности. Мышление непродуктивно в силу поверхностности и узости суждений и умозаключений, основанных на старых представлениях и понятиях. Речь их шаблонна, состоит из стереотипных фраз и оборотов, монотонна, связана не с внутренней потребностью, а с внешними впечатлениями. При первом контакте пациент может показаться остроумным и находчивым, но его высказывания представляют речевые шаблоны.

6.32. Судорожные синдромы

Большие судорожные припадки возникают молниеносно. Ведущие симптомы – выключение сознания (кома); больной падает на том месте, где застал его припадок; судороги вначале тонические, затем клонические, после конградная амнезия. Большим припадкам обычно предшествует аура; она часто несёт информацию о локализации очага поражения.

Абортивный судорожный припадок отличается от большого развёрнутого отсутствием какой-либо фазы. Он не сопровождается произвольным мочеиспусканием и дефекацией, реже отмечается прикус языка и слизистой щёк.

Малые припадки бывают в виде абсанса и миоклонии.

Абсанс характеризуется мгновенным выключением сознания без судорожного компонента и падения больного. Проявляется внезапной остановкой движения, заминкой в разговоре, работе. Человек застывает в той позе, в которой его застал приступ. Иногда это сопровождается внезапным снижением тонуса мышц – падением головы вперёд (поклёвывание). Их длительность – от 1 до 30 с.

Миоклонические малые припадки проявляются ритмичными судорожными подёргиваниями отдельных мышечных групп конечностей, лица или симметричных отделов тела (моргания, кивки). Встречаются пропульсивные припадки – кратковременные тонические спазмы стибателей шеи и туловища с характерным движением вперёд. Разновидность «салам-припадки», напоминающие восточное приветствие – наклон головы и туловища с одновременным приведением рук к груди. Ретропульсивные припадки – тонические движения головы и туловища назад. Нередко они сочетаются с топтанием на месте, вращением туловища, наклонами в сторону. Латеропульсивные припадки – подобные движения по типу толчка вправо и влево.

Частота судорожных припадков от единичных в течение жизни пациента до периодических, а порой регулярных. Когда между отдельными припадками сознание проясняется, это серия судорожных припадков, когда же прояснения сознания нет, это *эпилептический статус*.

6.33. Психоорганический синдром

Характеризуется сочетанием стойких, часто необратимых, позитивных и негативных психопатологических симптомов.

Ведущие симптомы – разнообразные аффективные расстройства (раздражительность, эмоциональная лабильность, слабодушие, эксплозивность, подавленность, брюзгливость, злобность, безразличие, апатия); нарушения внимания (истощаемость, отвлекаемость, затруднения переключения); различные дисмнезии; нарушения подвижности мышления от детализации до вязкости; волевые расстройства (ослабление инициативы, сужение круга интересов, инактивность, стереотипы действий).

Обязательные признаки – ухудшение сообразительности, снижение трудоспособности и продуктивности; несамостоятельность; слабая социальная и биологическая адаптация; психопатоподобное поведение. Усиливается восприимчивость к соматическим и инфекционным заболеваниям, действию климатических и метеофакторов, ряду средовых воздействий (езда в транспорте, вибрация, действие алкоголя), а также к психогениям, в ответ на которые легко возникают реактивные состояния, чаще истерические.

Факультативные симптомы – сенестопатии; галлюцинации, чаще слуховые, однообразные, стереотипные, с обыденным содержанием; нестойкий бред, простой по содержанию без систематизации. Склонность к образованию сверхценных идей (сутяжных, ипохондрических) или фобических состояний. Отмечаются дисцефальные расстройства, выраженные вегетовисцеральные и неврологические симптомы. Синдром имеет стационарное течение. Его развитие может прогрессирующее, что обусловлено дополнительным действием экзогенных вредностей. Выделяют четыре формы синдрома.

которые при прогрессивном течении могут быть в качестве последовательных этапов: астеническая, взрывная, эйфорическая, апатическая.

Психоорганический синдром встречается при резидуальных органических поражениях мозга травматического, инфекционного, интоксикационного и соматогенного генеза.

7. Акцентуации характера

Психологи, занимающиеся проблемой характера, считают, что менее 40% взрослых людей имеют сбалансированный характер – гибкий, устойчивый к стрессам, с невысокой чувствительностью и умеренной тревожностью. В резко выраженной форме те или другие психопатические особенности присущи почти всем и «нормальным» людям. Как правило, чем резче выражена индивидуальность, тем ярче становятся и свойственные ей акцентуированные черты. У подростков сбалансированный характер встречается крайне редко. У них отдельные черты характера чрезмерно усилены, появляется избирательная уязвимость в одних ситуациях и невероятная устойчивость в других. Для человека, имеющего определённую акцентуацию характера, бывает психологически трудно переносить некоторые ситуации. Он чувствует растерянность, неуверенность, терзается сомнениями, теряет работоспособность, в то время как в других ситуациях он напротив, чувствует себя адекватно или даже испытывает прилив сил и бодрости.

Акцентуации – это крайние варианты нормы, проявляющиеся значительным усилением отдельных черт личности. В зависимости от ситуации они могут способствовать или развитию способностей личности, или возникновению различных форм личностной патологии. Термин «акцентуированная личность» введён профессором неврологической клиники Берлинского университета Карлом Леонгардом (1968). Однако правильнее говорить об «акцентуации характера» (А.Е.Личко;1977). Личность - понятие

более сложное, чем характер. Она включает интеллект, способности, задатки, темперамент, характер, мировоззрение.

Акцентуированные черты не так многочисленны, как варьирующие индивидуальные. Акцентуация – это, в сущности, те же индивидуальные черты, но обладающие тенденцией к переходу в патологическое состояние. А.Е.Личко полагает, что акцентуации характера имеют сходство с психопатиями. Главное их отличие от психопатий заключается в отсутствии признака социальной дезадаптации. По его мнению акцентуацию можно определить как дисгармоничность развития характера, гипертрофированную выраженность отдельных его черт, что обуславливает повышенную уязвимость личности в отношении определённых воздействий и затрудняет её адаптацию в некоторых специфических ситуациях. Это может сочетаться с хорошей и даже повышенной устойчивостью к другим воздействиям.

В работах К.Леонгарда подчёркивалось, что акцентуированные люди не являются ненормальными. В противном случае нормой следовало бы считать только среднюю посредственность, а любое отклонение от неё рассматривать как патологию. Акцентуированным личностям присуща готовность к особенному, т.е. как к социально положительному, так и социально отрицательному развитию. Можно заключить, что акцентуация является не патологией, а крайним вариантом нормы.

Обычно акцентуации развиваются в период становления характера и сглаживаются с повзрослением. Особенности характера при акцентуациях могут проявляться не постоянно, а лишь в некоторых ситуациях, в определённой обстановке, и почти не обнаруживаются в обычных условиях. Социальная дезадаптация при акцентуациях либо отсутствует, либо бывает непродолжительной. Психопатические черты характеризуют, прежде всего, взрослых людей, а типы акцентуаций – подростков, т.е. переломный возраст для становления характера. В отдельных случаях акцентуированные черты характера могут быть приняты за свойства темперамента. Поэтому при

изучении темперамента и характера следует тщательно отграничить свойства темперамента от тех характерологических черт личности, которые явно относятся к акцентуированным. Приводим классификацию акцентуаций характера К.Леонгарда, которая основана на оценке стиля общения человека с окружающим миром.

7.1. Застывающий тип характеризуется умеренной общительностью, склонностью к нравоучениям, неразговорчивостью. Этот тип в конфликтах обычно выступает инициатором. Стремится добиться высоких показателей в любой деятельности, за которую берётся, предъявляет повышенные требования к себе. Чувствителен к социальной справедливости. Обидчив, уязвим, подозрителен, мстителен. Иногда чрезвычайно самонадеян, честолюбив, ревнив, предъявляет непомерно высокие требования к близким и подчинённым на работе.

7.2. Возбудимый тип. Ему присуща низкая контактность в общении, замедленность вербальных и невербальных реакций. Нередко они являются настоящими занудами, угрюмы, склонны к брани, конфликтам, в которых сами становятся активной, провоцирующей стороной. Неучтивы в коллективе, властны в семье. В эмоционально спокойном состоянии они добросовестны, аккуратны, любят животных, маленьких детей. Однако в состоянии эмоционального возбуждения раздражительны, вспыльчивы, плохо контролируют своё поведение.

7.3. Демонстративный тип (истероидный). Люди этого типа легко устанавливают контакты, стремятся к лидерству, испытывают жажду власти и похвал. Демонстрируют высокую приспособляемость к окружающим и вместе с тем – склонность к интригам при внешней мягкости общения. Таки с люди раздражают окружающих своей самоуверенностью, высоким уровнем притязаний. Систематически сами провоцируют конфликты, но при этом активно защищаются. Общительны, артистичны, обходительны, проявляют

неординарность в мышлении и поступках. Однако негативные их черты (эгоизм, лицемерие, хвастовство, отлынивание от работы) отталкивает многих.

7.4. Педагогичный тип в конфликты вступает редко, на службе ведет себя как бюрократы, предъявляют окружающим многие формальные требования. Вместе с тем охотно уступают лидерство другим людям. Иногда изводят домашних чрезмерными требованиями аккуратности. Привлекательные черты: добросовестность, аккуратность, серьезность, надежность в делах. Негативные: формализм, брюзжание.

7.5. Гипертимный тип характеризуется чрезмерной контактностью, словоохотливостью, выраженностью жеста, мимики и пантомимики. Часто отклоняются в разговоре от первоначальной темы. Бывают инициаторами конфликтов, огорчаются, если по этому поводу им делают замечания. Положительные черты: энергичность, жажда деятельности, оптимизм, инициативность. Негативные: легкомыслие, прожектёрство, недостаточно серьезное отношение к своим обязанностям. Трудно переносят условия жесткой дисциплины, монотонную деятельность, вынужденное одиночество.

7.6. Дистимный тип характеризуется низкой контактностью, немногословием, доминирующим пессимистическим настроением. Такие люди обычно являются домоседами, тяготеют к чужим обществам, легко вступают в конфликты с окружающими, ведут замкнутый образ жизни. Высоко ценят тех, кто с ними дружит, готовы им подчиняться. Привлекательные черты: серьезность, добросовестность, обстоятельное чутьё, обострённое чувство справедливости. Негативные: пассивность, замедленность мышления, неповоротливость, индивидуализм.

7.7. Циклоидный тип. Ему свойственно частые смены настроения, манеры обращения с людьми. Общительны в периоды повышенного настроения, в периоды подавленного настроения замкнуты. Во время душевного подъёма ведут себя как люди с гипертимной акцентуацией характера, а в период спада – с дистимной.

7.8. Экзальтированный тип. которому свойственна высокая контактность, словоохотливость, влюбчивость. Они часто спорят, но не доводят дело до открытых конфликтов. В конфликтных ситуациях бывают как активной, так и пассивной стороной. Вместе с тем они привязаны и внимательны к близким и друзьям. Альтруистичны, сострадательны, имеют хороший вкус, проявляют яркость и искренность чувств. Негативные черты: паникёрство, приверженность к сиюминутным настроениям.

7.9. Тревожный тип. Для людей этого типа характерна низкая контактность, робость, неуверенность в себе, минорное настроение. Редко вступают в конфликты с окружающими, играя в них лишь пассивную роль. Привлекательные черты: дружелюбие, самокритичность, исполнительность. Часто такие люди бывают козлом отпущения, мишенью для шуток.

7.10. Эмотивный тип. Люди с таким типом акцентуации предпочитают общение в узком кругу избранных, которых они понимают с полуслова. Редко вступают в конфликты, а если это происходит, играю в них пассивную роль. Обиды носят в себе. Привлекательные черты: сосредоточенность, обострённое чувство долга, исполнительность. Рады чужим успехам. Негативные черты: чрезмерная чувствительность, слезливость.

7.11. Экстравертированный тип отличается высокой контактностью. У таких людей масса друзей и знакомых. Они словоохотливы до болтливости, открыты для любой информации. В общении часто уступают роль лидера другим, предпочитают подчиняться, находиться в тени. Привлекательные черты: готовность внимательно выслушать другого, исполнительность. Негативные: подверженность влиянию, легкомыслие, необдуманность поступков, страсть к развлечениям, к распространению сплетен и слухов.

7.12. Интровертированный тип характеризуется очень низкой контактностью, замкнутостью, оторванностью от реальности, склонностью к философствованию. Любят одиночество, редко вступают в конфликты и то только при попытках других бесцеремонно вмешиваться в их личную жизнь.

Привлекательные черты: сдержанность, наличие твёрдых убеждений, принципиальность. Негативные: упрямство, ригидность мышления, упорное отстаивание своих идей.

Классификация, разработанная А.Е.Личко, близка по содержанию к классификации К.Леонгарда. Достоинством его классификации является то, что типы акцентуаций адекватно соотносятся с характерными признаками психопатий для данного возраста. А.Е.Личко выделил следующие типы акцентуаций: **истероидную, психастеническую, эпилептоидную, гипертимную, циклоидную, лабильную, сенситивную, гипертимно-конформную, шизоидную, неустойчивую, конформную, астено-невротическую.**

Для диагностики акцентуаций характера применяется патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) А.Е.Личко и тест Леонгарда-Шмишека.

8. Психопатические состояния

Изучая психопатические состояния, мы должны обратиться к понятию личность. Она проявляется неповторимым сочетанием таких психологических параметров, как задатки, способности, темперамент, характер, направленность.

Задатки – природные предпосылки развития способностей.

Способности – свойства личности, дающие ей возможность обучаться, приобретать умения, навыки деятельности. Наивысшей степенью способностей является одарённость.

Темперамент – постоянные и устойчивые индивидуально-неповторимые природные свойства личности, определяющие динамику психической деятельности.

Характер – это совокупность устойчивых свойств личности, отражающих всё многообразие её отношений к миру и самой себе. Свойства характера обнаруживаются при взаимоотношениях личности с отдельными

людьми, коллективом, обществом, в процессе труда, а также при отношении к вещам. Выделяют стержневые свойства характера и зависящие от них, производные. Стержневыми свойствами являются: целостность, активность, твёрдость, устойчивость, пластичность.

Целостность связана с наличием или отсутствием в его структуре противоречивых черт. Это - единство психического склада личности, отсутствие противоречий в интересах, стремлениях, действиях.

Активность проявляется степенью противодействия внешним обстоятельствам и энергией, с которой человек преодолевает препятствия.

Твёрдость определяется упорством личности при сознательном отстаивании своих взглядов и принятых решений.

Устойчивость – способность сохранять основные свойства характера при несущественном изменении внешней обстановки, ситуации.

Пластичность проявляется в способности изменяться под влиянием коренным образом изменившейся ситуации, а также в процессе развития и воспитания личности.

Тип темперамента влияет на проявления внешних свойств характера.

Направленность – это свойство личности, характеризующие её влечения, желания, интересы, склонности, которые определяют избирательность активности человека, также базирующиеся на них убеждения, идеалы и мировоззрение. Влечения, желания, интересы и склонности образуют мотивационную сферу. Мировоззрение составляет ядро её направленности, её отношений к различным сторонам общественной жизни.

В процессе взаимодействия с группой личность выступает в различных ролях.

Роль – это форма проявления социальной активности в условиях конкретной группы. Обязательными условиями ролевого поведения являются: искренность исполнения роли, знание формы и содержания поведенческого стереотипа как личностью, так и группой. Исполнение роли должно оправдать

и удовлетворить ожиданиям группы. Участие личности в группе обусловлено ценностными ориентациями человека, а ролевое поведение – межличностными отношениями. Личность входит не в одну, а в несколько групп: формальных и неформальных, это определяет набор исполняемых ролей. В процессе общения личность может использовать маски.

Маска – поведение личности, при котором создаётся видимость соответствия ролевого поведения ожиданиям группы. В группе поведение личности, определяемое как маска, является неискренним, притворно-показным. Маска необходима для формального общения. Нередко это связано с общепринятыми ритуалами и церемониями (поведение человека, случайно попавшего на похороны малоизвестного). Адаптивное поведение личности в обществе обеспечивается использованием не только ролей, но и масок. Личностные расстройства могут быть результатом деформации или деструкции личности. **Деформация** – дисгармония, возникшая в процессе развития. Она приводит к развитию психопатических состояний. **Деструкция** – патологический процесс разрушения сложившейся к моменту начала болезни структуры личности в целом или отдельных её компонентов. Деструкция приводит к дефектам личности.

Психопатические состояния – заключается в общей дисгармонии, нарушающей социальную адаптацию. Они наблюдаются при психопатиях, патохарактерологических развитиях и психопатизациях.

По клинической структуре психопатические состояния имеют синдромальный характер. При их классификации используют не только язык специфических симптомов, но и терминологию психологии личности. Психопатические состояния имеют клинические формы.

8.1. Астеническая форма

Главными свойствами являются вялость, повышенная утомляемость и истощаемость. С ними сочетаются следующие свойства: повышенные сенситивность, реактивность и эмоциональная возбудимость, что выражается

раздражительностью, склонностью к депрессивным формам реагирования. Активность снижена, они быстро устают, ухудшается внимание, работоспособность. Преобладает интровертированность реагирования, ригидность. Эти свойства тесно связаны с такими чертами характера, как ипохондричность, повышенная впечатлительность, ранимость, робость, нерешительность, мнительность, обидчивость, уступчивость. Они избирательно общительны, так как испытывают затруднения в контактах с окружающими, особенно с незнакомыми или малознакомыми, они плохо привыкают к новым условиям и новому коллективу. Всё это приводит к тому, что реализация компонентов направленности у них ослаблена, социальная активность снижена. Набор ролей и масок ограничен в силу повышенной истощаемости, слабости, неумения общаться, низкой социальной активности и адаптации.

8.2. Психастеническая форма

Центральный её признак – сочетание личностных особенностей астенического спектра и подчеркнутой нерешительности, мнительности, склонности к анализу и самоанализу, а также к образованию навязчивостей. У них повышена сенситивность, реактивность, эмоциональная возбудимость со склонностью к реакциям тревоги. Ригидность преобладает над пластичностью, а интроверсия над экстраверсией, что приводит к оторванности от реальности. Превалирует рассудочная деятельность. Самолюбие сочетается с чувством собственной неполноценности, выраженная обидчивость и сдержанность в проявлениях эмоций – со способностью на высокие и длительные чувства. Как правило, они малообщительны, но не в силу нежелания, а из-за стеснительности, неловкости и опасения попасть в неприятную ситуацию. Характерны педантизм, гипертрофированное чувство ответственности, сочетающееся с косностью, боязнью нового. Неуверенность в себе создаёт условия для быстрого возникновения ритуалов и усвоения примет и суеверий. Нерешительность и сомнения мешают избрать мотив деятельности, принять решение и реализовать его. Набор ролей у таких лиц ограничен, они опасаются,

что не смогут выполнить возложенных на них обязанностей, бояться ответственности, неприятностей, насмешек. При необходимости часто и быстро менять роли возникает растерянность, порой кратковременная заторможенность. Использование масок в процессе общения крайне затруднено, из-за чего они избегают ситуаций, в которых применяется масочное поведение. В клинической картине состояний такого рода имеется склонность к образованию разнообразных навязчивостей: мыслей, сомнений, страхов, действий.

8.3. Гипотимическая форма

Основными чертами являются постоянно пониженное настроение и тотальный пессимизм. У них повышенная сенситивность и эмоциональная возбудимость с депрессивным содержанием эмоциональных реакций, пониженная реактивность и активность, замедленный темп реакций, преобладание ригидности и интроверсии. На первый план выступают унылость, угрюмость, склонность во всём видеть мрачное. Даже приятные события сейчас же отравляются мыслью о непрочности радости. Они склонны к пониженной самооценке, ипохондричности, утрированным угрызениям совести, нерешительны. Работа им часто неприятна, отмечается быстрая утомляемость в силу недостаточности побуждений, усталости, разбитости, особенно по утрам. Нередко они предполагают, что окружающие относятся к ним свысока, вследствие чего сторонятся людей, замыкаются в себе, держатся обособленно.

Дисгармония личности проявляется в том, что такие лица, несмотря на указанные выше свойства, способны к глубокому сопереживанию, душевной теплоте, отзывчивы и добры. Набор ролей значительно ограничен. Это связано с тем, что исполнение социальной роли у таких личностей возможно лишь в условиях небольших, неформальных групп, образованных по принципу общности интересов и эмпатии. В силу этого они часто используют маски, уклоняясь от исполнения роли в других ситуациях и группах, что является одним из признаков социальной дезадаптации. Реализация направленности

возможна в рамках исполняемой роли, где лучше раскрываются качества личности, и затруднена необходимость использовать маску.

8.4. Гипертимическая форма

Главные черты – постоянно приподнятое настроение и тотальный оптимизм. Пониженная сенситивность, высокая реактивность и активность, ускоренный темп реакций, повышенная эмоциональная возбудимость и пластичность, экстравертированность. Эти люди энергичны, быстро откликаются на всё новое, предприимчивы, порой склонны к авантюризму, как правило, доброжелательны, отзывчивы, щедры до расточительности. Легко сходятся с людьми, утрированно общительны, бестактны. Им свойственно повышенное самомнение, хвастливость. По отношению к своим обязанностям и к труду чрезвычайно инициативны, но неусидчивы, безответственны, недисциплинированы, нередко халатны. Остроумны, позволяют себе насмешки в чужой адрес, но сами к критике нетерпимы, не переносят возражений. Мотивационная сфера богата, интересы возникают быстро, интенсивны, но неустойчивы и непостоянны, что резко снижает социальную активность и продуктивность. Нередко жизненный путь зигзагообразен (от взлётов до быстрых падений). Они легкомысленны, морально неустойчивы, ввиду чего легко переступают границы дозволенного. Их семьи обычно неустойчивы. Своему слову неверны, это затрудняет деловые отношения с ними. Набор социальных ролей широк, чрезвычайно разнообразен, но их исполнение поверхностно и неустойчиво. Характерна частая смена ролей, связанная не с условиями конкретных ситуаций, а с неустойчивостью, непостоянством, поверхностностью. К маскам прибегают редко.

8.5. Истерическая форма

Основными чертами являются инфантилизм, эмоциональная лабильность, эгоизм, эгоцентризм. У них повышена сенситивность, реактивность, активность. Темп реакций ускорен, эмоциональная возбудимость очень высокая, аффективные реакции с оттенком экзальтации. Они утрированно

пластичны, подчеркнута экстравертированность. Черты характера противоречивы, их проявления ситуационно обусловлены до такой степени, что в различных ситуациях эти люди выглядят диаметрально противоположными личностями. Психологически они незрелы, мышление аффективно непоследовательно, подчиняются существующей в данный момент эмоции, суждения и умозаключения нестойки и поверхностны, отличаются склонностью к фантазированию, повышенной внушаемостью. Они крайне эгоистичны, себялюбивы, черствы, заносчивы, капризны, упрямы, нередко грубы.

Эгоцентризм проявляется стремлением привлечь к себе внимание любыми средствами. В связи с этим они хвастливы, лживы, вплоть до псевдологии и мифомании. Основным действующим лицом их фантазий является он сам. Эгоцентризм прямо связан с эксцентризмом – поведением, ставящим личность вне общепринятых норм: экстравагантность внешности, ультрамодность одежды, самооговоры, самоповреждения, переход границ морали и закона.

Эмоциональная лабильность проявляется неустойчивым настроением, нестойкими интересами и привязанностями. Для направленности характерны неустойчивость, ситуационная зависимость. Сутью ценностных ориентаций является удовлетворение эгоистически-эгоцентрических черт. В связи с этим мотивы поведения имеют инфантильно-гедонический, утилитарно-эгоистический или псевдоальтруистический характер. Чувства, привязанности, интересы разгораются быстро, достигают большой интенсивности, иногда поражая своей силой, но, как правило, кратковременны и быстро угасают и исчезают. Больные безответственны и нетактичны. Исполнение социальных ролей затруднено и часто подменяется ношением масок, которых у таких лиц много.

8.6. Возбудимая форма

Ведущая черта – сочетание полярных качеств, таких как торпидность и взрывчатость, угодливость и метительность, слащавость и brutality.

Низкая сенситивность, высокая реактивность и активность, ускоренный темп реакций, повышенная эмоциональная возбудимость, достигающая степени взрывчатости со злобно-гневливым содержанием и безудержной ярости, экстравертированность, утрированная ригидность. Типичны себялюбие, чёрствость, упрямство, злобность. Мелочная требовательность, доходящая до придирчивости сочетается с беспринципностью в серьёзных вопросах, что внешне проявляется ханжеством. Такие люди заносчивы, жестоки, грубы, недоверчивы, несамокритичны, тщеславны и обидчивы. Они упорны и добросовестны при достижении целей, соответствующих их тщеславию и эгоистическим интересам, трудолюбивы. Их инициатива ограничена рамками эгоистических стремлений. Дисциплинированы, пунктуальны, аккуратны до педантизма, бережливы до скупости, мелочны. Отличаются мстительностью, жестокостью, подозрительностью, скандальностью, склонны к тирании подчинённых и близких. С лицами, от которых зависят, ситуационно подобострастны, слашавы, угодливы. Недостаточность симпатии и сострадания в сочетании с описанными качествами предрасполагают к антисоциальному поведению. Направленность этих личностей узкая, определяется небольшим числом мотивов. Ценностные ориентации обусловлены эгоистическими притязаниями и основными чертами характера. При этом проявляют целеустремлённость, упорство, стеничность. Набор ролей и масок ограничен. Исполнение ролей ригидно и шаблонно, использование масок стереотипно, неискренность заметна окружающим.

8.7. Паранойяльная форма

Свойством этой формы является склонность к возникновению сверхценных идей. Сенситивность умеренная, высокая реактивность и активность, с некоторым ускорением темпа реакций, высокой возбудимостью эмоций со склонностью к концентрации аффекта на индивидуально значимых переживаниях. Характерна ригидность и экстравертированность. Непомерно высокое самомнение, болезненно обострённое самолюбие, подозрительность,

упрямство, сочетающееся с узостью кругозора, а иногда и с интеллектуальной ограниченностью. Они склонны переоценивать себя, продукты своего труда и некоторые ситуации, ущемляющие их самолюбие. Свойствен эгоизм. Мышление, как правило, незрелое, неглубокое, выявляется нескритичность. Они нетерпимы к возражениям, не прощают никому равнодушия, несогласия. Тот, кто думает иначе, по их мнению, или глупец, или враг. Неуживчивы, недоброжелательны и агрессивны. легко переходят в нападение. Злопамятны и мстительны. Отвечая на обиды, нередко мнимые, сами бывают жестокими. В борьбе за свои кажущиеся им поправными права находчивы, умело находят сторонников, способны убеждать в своей правоте. При достижении целей очень стеничны. Ригидно принципиальны, порой даже во вред делу и себе. Крайне требовательны к окружающим, часто без должного учёта ситуации. Правдивы до утрированной прямолинейности, грубы и недоверчивы, тщеславны и честолюбивы. Направленность личности резко сужена, порой сконцентрирована только на индивидуально значимых мотивах, связанных по содержанию со сверхценными идеями. В плане исполнения сверхценных идей – крайне целеустремлённые, упорные, упрямые. Число ролевых позиций ограничено пределами суженного спектра направленности. Масками пользуются крайне редко в силу своей ригидной принципиальности.

8.8. Шизоидная форма

Главные черты – сниженная потребность в общении и недостаточная эмоциональная откликаемость, в связи с чем их называют ещё патологически замкнутыми. Высокая сенситивность, умеренный темп реакций, малая эмоциональная возбудимость, ригидность, подчёркнутая интровертированность. Наиболее значимы замкнутость, отгороженность, отсутствие чувства сопереживания, слабость привязанностей – до душевной холодности и чуждости. Мышление оторвано от реальности, формализовано, схематизировано. Некоторые склонны к бесплодным рассуждениям, схоластике. Вместе с тем мир внутренних переживаний может быть достаточно

богат и разнообразен, но они не испытывают потребности раскрывать его окружающим. Для некоторых свойственны чужаковатость поведения, странность облика и манер, угловатость движений. Направленность ограничена рамками ценностных ориентаций, связанных с мотивами деятельности, отражающей аутистическую сущность склада личности: кабинетная работа, абстрактно-символическая деятельность (математика, философия). В этих границах такие люди могут достичь заметных успехов. Они лучше адаптируются в формальной группе, где общение формализовано и связано с использованием масок. Неформальное, личностно-эмоциональное общение для них затруднено, в связи с чем овладение ролевым поведением крайне сложно, а набор ролей резко ограничен. Овладев ролью, исполняет её стереотипно и ригидно.

9. Неврозы

Невроз – это болезнь с соматическими и психическими симптомами в основном психогенного происхождения. Частота неврозов составляет 12-26%. Женщины болеют неврозами чаще, чем мужчины. Детские психиатры чаще обнаруживают неврозы у мальчиков.

С *психоаналитических позиций* неврозы возникают вследствие нарушений психического развития в детстве, особенно в результате неадекватной переработки конфликта. **Конфликт** возникает тогда, когда у человека появляются два устремления жизненного характера, которые противоречат один другому и несоединимы, но настойчиво требуют разрешения. Пример раннего конфликта у ребёнка бывает в ситуации лакомки: должен ли ребёнок следовать своей потребности или родительскому запрету? Реальным способом преодоления конфликта было бы сдерживание своего желания до поры, когда выдают лакомство.

С точки зрения психоанализа **конфликт** возникает между «Я» и «Оно» или между Оно и «Сверх-Я». «**Оно**», по Фрейд, – это обобщение стремлений, «источник устремлений, потребностей и импульсов». «**Я**» – это

взаимозависимая организация психических процессов у одного лица. Здоровое «Я» определяется по способностям владеть своими чувствами и потребностями, перерабатывать их, ограничивать себя и всё же вступать во взаимоотношения с другими. **Я-идеал** – это идеальная картина своего Я. **Сверх-Я** имеет функции самоконтроля и моральной цензуры, оно объединяет этические и социальные нормы. Это происходит тогда, когда ребёнку его Сверх-Я передаётся от Сверх-Я родителей и других окружающих его лиц. Совесть покрывается Сверх-Я в узком смысле, а в широком – охватывает обе функции и Сверх-Я и Я-идеала.

Понятие конфликта неоднозначно: конфликт между внутренним и внешним, между желанием и законом, между природой и культурой, между обществом и индивидуумом. Если внешние правила воспринимаются чувственно, может развиваться **патогенный конфликт**. В качестве основного Фрейд рассматривал **сексуальный конфликт**, который в широком смысле понимается как межчеловеческий конфликт. Сексуальность – это не единственный источник конфликтов. Привлекают внимание **конфликты, возникающие в сфере имущества и владения, близости и разрыва, автономии и зависимости, силы и подчинения, агрессивности и соперничества**. Соотношение внешнего и внутреннего в происхождении неврозов легче всего объяснить наличием «ключевых» переживаний. Реакция личности возникает лишь при условии, что на неё воздействует подходящее ей ключевое переживание.

Интересно отметить, что **однотипные психические травмы вызывают разные формы неврозов**, что, вероятно, зависит от преморбидного статуса больного, от его индивидуальности.

По теории научения, симптомообразование определяется как неправильный, неадекватный процесс научения.

Развитию невроза предшествует состояние фрустрации. **Фрустрация** – это состояние сильной неудовлетворённости, которая возникает, когда наши желания и стремления наталкиваются на сопротивление, не сбываются, не

оправдываются. Она может вызвать агрессию против лиц, её обусловивших, например, против родителей, которые сдерживают угрозами исполнение желаний детей, а позже – у взрослых – это переносится на руководителей и высшие инстанции.

Фрустрации могут не только пробуждать стремление к агрессии, но и вызывать **ситуации искушения**. Искушение содержит потребность умиротворить себя, несмотря на внутренние домогательства или внешние запреты. Оно усиливается при наличии препятствий. Детские сексуальные устремления представляют сильные искушения, поскольку семейная среда их запрещает.

Если Я-идеал не достигается, может сформироваться **чувство неполноценности**. **Чувство вины** возникает из-за конфликта между Сверх-Я и Оно, между совестью и желанием. Эти процессы в основе своей нормальные, но могут стать невротическими, если их не преодолевать.

Конфликты и фрустрации могут разрешаться адекватно, т.е. соответственно ситуации и реальности. Если напряжение конфликта превышает степень переносимости, его разрешение достигается только через **невротические защитные механизмы**. «Защита означает, что что-то устраняется из сознания без осознания этого» (Куипер).

Развитие невроза определяется в основном условиями, в которых происходит психическое развитие, особенно в ранней детской стадии. Неправильное развитие может приводить к неврозам.

Важное открытие в генезе неврозов – это глубинно-психологическое учение о развитии, о фазах развития Фрейда, а также поздние дополнения Эриксона и Малера.

В грудном возрасте переживания определяются впечатлениями от восприятий идущих от кожи, рано включается слух, затем зрение. Это **сенсорная фаза**. Недостатки или нарушения этих сенсорных переживаний могут привести к более поздним нарушениям – неуверенности в контактах и к

недоверию во взаимоотношениях. В этом возрасте одно из ощущений имеет особое значение – сосание. Нарушение переживаний в этой **оральной фазе**, например, вследствие потери кормилицы и даже угроза этому может привести к нарушению «первичного доверия», которое в последующих стадиях вряд ли компенсируется. Такие оральные фрустрации – не редкость, они могут позже проявиться в так называемых оральных нарушениях (захватнических тенденциях, излишней еде, обладанию имуществом), особенно при депрессивных неврозах и наркоманиях. Повторные и длительные состояния недостаточности в этой фазе приводят к тяжёлым необратимым нарушениям социализации.

Младший детский возраст. На втором году жизни ребёнок начинает проявлять активность и собственную волю, приучаясь говорить «нет». Индивидуализация деятельности и развитие автономизации приводит к конфликтам с окружающей средой и может вызвать агрессивные импульсы. В это же время ребёнок приучается контролировать дефекацию и мочеиспускание (**анальная фаза**). Слишком строгое воспитание по чистоплотности и вообще строгость без нужды задерживают развитие. В этой фазе развивается конфликтосодержащая амбивалентность между желанием автономии и потребностью в зависимости, а также тенденция к абсолютному разделению между добром и злом в смысле формирования патологической пограничной личности.

Дошкольный возраст (детская сексуальность). Эта фаза начинается на 3-4 году жизни, особенно если в воспитании участвует отец. Ребёнок открывает для себя половые признаки и у окружающих. Он определяет, что отец и мать имеют свою область жизни, которая ему недоступна. Начинается соперничество малыша с отцом за право на мать. При этом чувства амбивалентны: ребёнок опасается отца и одновременно восхищается им; он любит мать и в то же время в ней разочаровывается. У девочек возникают примерно те же отношения. При этом на место диады оральной фазы (мать-

дителя) приходит триада, иными словами **эдинов конфликт**. Его появление и развитие необходимо и полезно. Однако если он сохраняется после этой фазы, то рассматривается как вредный с развитием страхов, фрустрации и агрессии.

С 7 лет до пубертатного периода психосексуальная тематика ослабевает (**латентная фаза**). Приобретают значение новые области деятельности, школа, друзья и вхождение в общество. С телесно-сексуального созревания в пубертате начинается **генитальная фаза**.

Более поздние фазы развития исследованы меньше, чем ранние. Аспект формирования Я и возникновения межлических отношений используется в Эго-психологическом направлении психоанализа, который ориентируется на нарциссизм.

Нарциссизм. На первых этапах жизни новорожденный воспринимает себя как «объект любви», что называется **первичным нарциссизмом**. Когда ребёнок начинает воспринимать других людей своего окружения, как правило, в первую очередь любящих родителей, они приобретают сравнимое эмоциональное значение как объект любви. В более поздние годы, особенно после любовных разочарований, может снова вернуться к собственному Я: если меня не любят, я буду любить себя сам. Такой процесс **вторичного нарциссизма** встречается часто.

Психическое развитие протекает в общем непостоянно и нелинейно. Нередко бывают задержки и даже регрессии.

Задержкой называется приостановка развития, когда психическое развитие не достигает показателей своего возраста. Если окружающие, как и сам субъект, предъявляют требования, которые тот не в состоянии выполнить, то возникают конфликты. При этом часто отдельные психические функции развиваются с различной скоростью; эта диссоциация вызывает конфликты (асинхронные расстройства созревания при частичной ретардации или частичной акселерации). Ранние детские травмы мозга могут вызвать задержку развития, прежде всего в накоплении опыта, когда требования определённой

фазы развития не могут быть выполнены. Примером тому может быть отказ в психосексуальной области или в иных областях опыта, как и избалованность при гиперопёке.

Регрессия – это возвращение на ранние ступени развития. С психоаналитических позиций происходит регресс либидо, когда предпочитают более ранние его этапы, поскольку прежние переживания имеют особое значение и удерживаются, если следующая фаза насыщена конфликтами, которые преодолеваются не полностью. Регрессия становится разрешением конфликтной ситуации.

Задержки и регрессии играют большую роль в развитии детских неврозов. Диссонанс между духовными потребностями и соматической незрелостью – это частый повод для возникновения энуреза и энкопреза, поскольку в процессе психического развития обучаемые функции органов (чистоплотность) остаются долго лабильными и подверженными нарушениям.

Условия возникновения неврозов.

Стресс и разгрузка. Неврозы нехарактерны для таких ситуаций как катастрофы, военные действия, побеги, бедствия, землетрясения, поскольку неврозы развиваются медленно, вырастая из внутренних условий. Внешние перегрузки в виде служебных проблем, хозяйственных забот, семейных неурядиц не могут *стать причиной* неврозов. Они только способствуют актуализации ранних детских конфликтов. Чрезмерные нагрузки становятся лишь разрешающим фактором нового обострения.

Декомпенсации с развитием болезни наступают не во время действия стресса, а в периоде относительной разгрузки. Разгрузка является барометром манифестации болезни. Устранение целенаправленного напряжения может действовать патогенно, если напряжение и стресс служили защитой от невротического конфликта. Внешняя разгрузка провоцирует внутреннюю перегрузку.

Генетические факторы при неврозах имеют меньшее значение, чем при психозах. Очевидно, что важную роль в определении вида невроза играет конституция, а время возникновения и степень тяжести неврозов зависит в основном от средовых факторов.

Ранние мозговые повреждения способствуют возникновению неврозов. Ребёнок с мозговым повреждением меньше защищён в борьбе с конфликтами.

Социальные факторы. Противостояние индивидуума и общества и происходящие из этого конфликты служат основой для неврозов. Люди с высоким стандартом жизни более требовательны к своему благополучию и терапевтической помощи. В «обществе благоденствия» внешние условия облегчились, но с повышением жизненного уровня и свободы деятельности повышается риск конфликтов.

Если психоаналитическое учение уделило много внимания сексуальной тематике, это надо оценивать сквозь условия того общества конца 19 века. Между тем сексуальность – под влиянием того же психоанализа – получила иную оценку, так что круг проблем в вопросах происхождения неврозов, а также в психотерапии подвергается изменениям.

Не каждую конфликтную ситуацию, которая не разрешается тотчас и сопровождается в течение некоторого времени расстройствами настроения или вегетативными сдвигами, можно назвать неврозом. Чем чувствительнее человек, тем сложнее у него переживание, которое ещё не заслуживает определения как патологическое. В этом случае лучше говорить о кризисной ситуации.

Между неврозами и расстройствами личности также нет чётких границ, поскольку расстройства личности (отчасти) являются неврозами характера. Неврозы – это менее тяжело и менее закономерно протекающие психические расстройства без дезинтеграции «Я» и без тяжёлых резидуальных состояний.

Неврозы – это хронические, но редко прогрессивные заболевания. Чем одарённой и жизнерадостней премоурбидная личность, чем острее начало и чем

выраженнее эмоциональный радикал в картине болезни, тем благоприятней клинический и личностный прогноз (К.Эрнст).

9.1. Неврозы у детей

9.1.1. Ночной и дневной энурез

Об этих заболеваниях говорят только в возрасте свыше 4 лет. Около 10% детей к этому склонны, но энурез редко сохраняется до возраста зрелости, чаще он спонтанно прекращается. Первичный энурез возникает изначально, а вторичный - это новое его появление после светлого промежутка. Не каждый случай энуреза означает невроз. Развитие навыков опрятности - это процесс научения, то он может нарушаться органическими причинами или расстройствами обучаемости (у слабоумных).

При ночном энурезе дети мочатся во сне один или несколько раз не просыпаясь. Некоторые дети просыпаются в процессе энуреза или сразу после него. При дневном энурезе упускание мочи происходит во время игр или при возбуждении.

Существует наследственная слабость удержания мочи. Может иметь значение и характер приучения к чистоте. Слишком раннее требование или нерегулярный режим дня могут затруднить управление функцией мочевого пузыря. Психологически отягощающие факторы, такие как зависть к младшему ребёнку или другие позитивные или негативные стрессовые факторы, могут вызвать рецидив энуреза.

9.1.2. Энкопрез

Как правило, возникает вторично (т.е. после определённого периода чистоплотности), вызывается обычно тяжёлым конфликтом между ребёнком и родителями, в основном с матерью, который часто почти осознаётся. У ребёнка наблюдается неудовлетворенная потребность и выраженная агрессивность. Психотерапевтическое лечение при участии родителей в

большинстве случаев оказывается единственным эффективным средством.

9.1.3. Речевые расстройства в детском возрасте, вопреки прежним воззрениям, как правило, первично не невротические, а обусловлены органически факторами расстройств функций, особенно моторные нарушения речи (частичные нарушения речевых способностей). Это относится не только к дислалии и речи взахлёб, но и к наследственно обусловленному заиканию. Из-за выразительности симптомов и вызываемых ими нарушений контактов обычно развивается вторичная невротизация, которая поддерживает или фиксирует заикание или даже усиливает его. Заикание у взрослых настолько часто реактивно обусловлено, что его по праву можно относить к неврозам.

В 3-5 лет часто, особенно у одарённых детей, возникает преходящее заикание с благоприятным исходом, которое не нуждается в лечении, но при неоправданном внимании и неудачных воспитательных мероприятиях тоже может фиксироваться.

9.1.4. Мутизм

Мутизм - это отказ от речевого контакта при сохранной способности к речи. Тотальный мутизм с отказом от разговора со всеми людьми встречается редко и обычно указывает на начинающийся психоз. Чаще встречается селективный мутизм, при котором ребёнок совершенно свободно говорит с хорошо знакомыми людьми, но проявляет негативизм по отношению к мало- и незнакомым лицам. В основе этого расстройства чаще всего лежит повышенная боязливость. Иногда этот феномен трактуется тенденциозно: ребёнок своим поведением старается привлечь к себе внимание и требует дружеского участия.

9.1.5. Затруднения воспитания и расстройства поведения часто причисляются к детским неврозам: в основе их лежит нарушение воспитания. Нарушения поведения означают не что иное, как непонимание

между воспитателем и ребёнком и его способностью или готовностью к приспособлению. Поэтому особенности поведения ребёнка следует вначале расценивать как норм-психологическую реакцию на требования среды и как результат усилий родителей по его воспитанию. О детских неврозах следует говорить тогда, когда конфликт для ребёнка и его окружения остаётся во многом несознанным, и у ребёнка возникает чувство страдания.

9.1.6. Гиперкинетический синдром проявляется в постоянном двигательном беспокойстве, нарушении внимания, недостаточном контроле над побуждениями и низкой фрустрационной толерантности. Чаще у мальчиков с колебаниями 0,1-15%. Диагноз этот ставится излишне часто. Двигательное беспокойство часто исчезает, когда ребёнок чем-то заинтересован. Возникновение этого синдрома следует оценивать многопланово: после лёгкой раннедетской травмы встречается чаще. Средовые факторы (гиперстимуляция, напряжённая семейная ситуация) также этому способствуют.

Без лечения и при неправильной корректировке поведения, при неудовлетворительном школьном воздействии синдром может приводить к нарушениям взаимоотношений и социальной дезадаптации.

9.1.7. Психический госпитализм под которым понимают психологические последствия внезапной потери в раннем детстве основных воспитателей, сюда же присоединяются психологические последствия недостаточного эмоционального контакта и заботы на первом году жизни.

Уменьшение и изолированность семьи, её ограничение двумя поколениями приводят в последние годы к более тесной связи ребёнка с матерью, как с единственным воспитателем в грудном возрасте и на первых годах жизни. Потеря этого единственного лица вызывает характерные **формы** реакций и последствия, которых наблюдаются в плохо опекаемых домах ребёнка и в детских приютах.

Все дети плохо реагируют на раннюю депривацию и потерю взаимоотношений однако здесь играет роль и другие факторы. Например, дети с лёгким органическим повреждением мозга особенно чувствительны к прерыванию взаимоотношений в раннем возрасте, что приводит к возрастанию риска нарушения социализации.

В зависимости от длительности переживаний, потери связи и степени их тяжести различают 4 группы симптомов, которые частично перекрывают один другого.

1) **Сепарационный шок**, который возникает у грудных и младшего возраста детей при каждой внезапной и достаточно длительной разлуке с матерью. У ребёнка последовательно проявляются фазы протеста, отчаяния и наконец отказа.

2) **Анаклитическая депрессия** с симптомами апатии, ухода в себя и, наконец, задержки как в психическом, так и в соматическом развитии.

3) **Ментальное истощение** с психосоматическими нарушениями и конечными необратимыми психическими расстройствами.

4) **Госпитализм** с тяжёлыми психическими и физическими нарушениями и витальной угрозой.

После фрустрирующего времени отрыва, который составляет 3-5 месяцев, возможна полная или частичная редукция симптомов. При сохранении фрустрирующей ситуации возможна фиксация отклоняющегося поведения.

Поздние последствия могут быть по-разному. Дети и подростки приспосабливаются к новой ситуации быстро, но поверхностно. В сложной ситуации они чрезвычайно требовательны к партнёрам, стремятся добиться своих интересов. Они остаются замкнутыми, мало проявляют способность любить, а чаще склонны к диссоциативному поведению. Их эмоциональное состояние депрессивное, безрадостное и отчуждённое (одиноким волк).

9.1.8. Психические последствия жестокого обращения и сексуального насилия над детьми

Встречается чаще, чем это представляется, и может стать причиной многих психических реакций, расстройств и патологических развитий. Частота сексуального насилия, которое происходит преимущественно в семье и не зависит от социального её уровня, встречается у 6-25% всех детей, но только один случай из 100 становится известным.

Жестокость и сексуальное насилие могут проявиться нарушениями сна, энурезом, снижением школьной успеваемости, неявными депрессивными нарушениями, суицидами и побегам.

Факторы, способствующие длительности нарушений при сексуальном насилии: раннее начало и их стойкость, большая разница в возрасте между насильником и жертвой, применение силы и угроз, а также наличие у многих девочек натянутых отношений с матерями.

Жестокое обращение с детьми и сексуальное насилие в семье часто являются показателем грубо нарушенных взаимоотношений между членами семьи, которые нуждаются в длительном и постоянном лечении, контроле врачей и других органов. Изъятие ребёнка из семьи часто нерезультативно, оно действует на ребёнка как дополнительное отягощение и не достигает терапевтического успеха, равно как и извещение полиции. В наше время сексуальные злоупотребления пресекаются семейным правом.

9.2. Неврозы у взрослых

9.2.1. Неврастения (психовегетативный синдром, нейроциркуляторная дистония, вегетативная дистония, невропатия)

На длительное психофизическое напряжение и чрезмерные требования, связанные с конфликтами, человек часто реагирует психическими и вегетативными нарушениями, снижением активности и расстройствами настроения.

Симптоматика. Усталость и напряжение, слабость концентрации

внимания, снижение работоспособности, боязливость, возбудимость, колебания настроения, дурное расположение духа, безрадостность и подавленность. Кроме того, давление в голове, оглушённая голова, пульсирующие головные боли, головокружения, мушки перед глазами, расстройства сна, мелкое дрожание пальцев, оживление рефлексов, учащение пульса, иногда с экстрасистолами и другие ощущения в области сердца, отсутствие аппетита, запоры и преходящие поносы, боли или другие ощущения в желудке, нарушения потенции.

Психические и физические перегрузки, не соответствующие психофизической конституции, приводят к этому. Нагрузки ведут к перенапряжению тем быстрее, чем меньше они имеют смысла. При этом во время войны самые тяжёлые нагрузки переносятся сравнительно легко, без развития реакций истощения.

Патогенетически следует обратить внимание на **органическую неполноценность. Такую органическую предрасположенность можно видеть в наследственных факторах, которые способствуют раннему соматическому заболеванию, повышенной ранимости и сходным расстройствам у родственников.**

Дифференциальный диагноз. Отдельные функциональные расстройства, в том числе выраженные и длительные, встречаются у многих здоровых людей (до 50%). Однако они сопровождаются хорошим самочувствием.

Психовегетативные синдромы истощения встречаются после травм мозга и его инфекций. Лёгкие паранфекционные и постинфекционные энцефалиты проявляются часто преходящими психовегетативными синдромами.

Лечение. Перегрузки должны устраняться. Корректируется образ жизни: регулярная еда без спешки, расслабление и полноценный сон, занятия физкультурой, аутогенная тренировка. Психотерапевтически надо рассмотреть

патогенный конфликт. Достаточно нескольких бесед, чтобы объяснить больному связи в его переживаниях и облегчить ему принятие решения. В тяжёлых случаях нужна длительная психотерапия. Физиотерапия действует эффективнее, чем медикаменты. Транквилизаторы или седативные нейролептики в малых дозах дают недолго.

9.2.2. Конверсионные (истерические) реакции

Конверсия - это превращение вытесненного душевного конфликта в соматическую симптоматику. Конверсионные симптомы, отражая конфликт символически, нацелены на выгоду от болезни. Из-за уничижительной оценки термин истерический в психиатрии обычно не применяют.

Симптоматика. Конверсионные реакции проявляются двигательными, чувствительными симптомами, а также припадками. Поэтому, как больной активно отворачивается, это состояние легко отличить от комы или кататонического ступора. Бывают реакции с резким двигательным возбуждением с бешеванием и криками. Своим явно демонстративным содержанием и выразительностью они отличаются от психотических состояний возбуждения.

Функциональные припадки протекают хотя и драматично, но без потери сознания и без резких падений и повреждений. Эти припадки дольше по времени, чем эпилептические и на таких больных можно воздействовать внушением или энергичным окриком.

Функциональный тремор в большинстве случаев бывает крупноразмашистым, синхронным среди вовлечённых групп мышц, касается обычно рук. При обращении внимания на больного дрожание усиливается; отвлечение внимания приводит к его ослаблению или приостановке.

При функциональных расстройствах чувствительности больной предъявляет жалобы на потерю её на отдельных участках кожи. Очертания этих участков не соответствуют зонам иннервации. Так, становится нечувствительной верхняя половина тела, исключая руки и не сохраняя

ограничения строго по средней линии, или формируется зона носков на ногах или перчаток на руках.

Бывают нарушения органов чувств. Например, функциональная слепота, характерное трубкообразное сужение поля зрения, а также функциональная глухота. Эти симптомы распознаются по неадекватному поведению.

Частыми симптомами конверсии являются болевые состояния в самых разнообразных частях тела, но особенно головные боли и боли в животе. Могут быть рвоты.

Невозможно обрисовать всё многообразие конверсионных синдромов.

Возникновение. З.Фрейд на конверсионных реакциях обосновал возникновение неврозов. Если несуществлённые желания и непродолённые конфликты вытесняются в бессознательное, их энергия сохраняется. Позже она проявляется в разных формах, при конверсионных реакциях в виде признаков соматических расстройств.

Выразительный и символический характер конверсионных реакций лежит на поверхности: паралич ноги указывает на то, что человек не может больше ходить; расстройства зрения свидетельствуют о том, что пациент ничего не хочет знать о том, что происходит перед глазами; при нарушении глотания - он не в состоянии проглотить неприятности; при наличии рвоты - пациенту всё противно. «Разговор тела» здесь очень ясен и драматичен. Конверсии представляют собой неудовлетворённые фантазии и притязания. При этом не надо забывать о сексуальном их содержании, как это наблюдается при истерической дуге. Многие конверсии надо понимать, как апелляцию. Они символически выражают определённые тенденции - это как бы упрёк: да, я парализован, от меня ничего больше требовать нельзя; так уже со мной случилось; теперь вы будете обо мне заботиться. Конверсии направлены на освобождение от внешних и внутренних обязанностей, это призыв к внешнему миру, чтобы обратить на себя внимание. Они служат цели подучить пользу от болезни в двух планах: путём образования истерического симптома достигается удовлетворение от вытеснённых побуждений, благодаря

большему вниманию, признанию достигается нарцисстическое удовлетворение (вторичная польза от болезни).

Конверсии более характерны для женщин. Они чаще проявляются у истерических, астенических, нарцисстических личностей и у других, имеющих задержку личностного развития. Они по интенсивности и форме зависят от социальных условий, от оценки, которую они получают от окружающих. Существенную роль играет «заразительность» и склонность к подражанию. В последние десятилетия произошло изменение форм - от внешних жестов к психофизическим, более глубоким расстройствам функций.

Диагноз. Решающим является демонстративное поведение, выразительность содержания переживаний и целенаправленность симптоматики. Даже если обнаруживается органическая патология, это не свидетельствует против конфликтной реакции. Конверсию необходимо отличать от симуляции. Конверсионные симптомы не так легко воспроизвести произвольно.

Лечение нужно проводить как можно быстрее. До начала лечения нужно решить, будет ли оно направлено на устранение симптомов или на разрешение конфликта. Врач должен признавать все симптомы, доброжелательно постараться разъяснить причину его страдания. Гимнастика и физиолечение обязательны. Самая большая проблема в лечении лежит в пользе от болезни. Предсказать успех терапии можно лишь тогда, когда у больного польза от болезни заменяется новой целью, для которой улучшение здоровья представляется достойным прилагаемых усилий.

9.2.3. Диссоциативные нарушения

Диссоциацией называется процесс, который трудно описать: то, что объединен здесь распадается; совмещенные психические процессы разрываются на отдельные части; из полноценной жизни что-то выпадает и это полностью не осознаётся. К диссоциативным нарушениям относятся

следующие.

Псевдодеменция (Гапзера). Простые мыслительные операции кажутся невозможны. Характерно «мимоговорение»: ответ очень близок к правильному, например $3 \times 6 = 19$ или 17. Эта псевдодеменция отличается от органической демонстративным поведением, вызывает жалости. Её не следует смешивать с депрессивной псевдодеменцией.

Диссоциативная утрата памяти: прошлое не вспоминается, даже важные личные даты не воспроизводятся. Это беспометство бывает частичным, часто касается лишь одного периода жизни.

Психогенные сумеречные состояния: пациент кажется дезориентированным, во всяком случае частично, как в сумерках. Такое состояние длится от нескольких часов до нескольких дней.

Диссоциативная fuga (блуждание): как и в сумеречном состоянии, больной убегает или уезжает куда-то, иногда далеко, но держится упорядоченно и малозаметно, пока снова «не приходит в себя». При этом частичная и необратимая амнезия.

Диссоциативный ступор больной лежит, казалось бы, безучастный и ни на что не реагирующий, иногда активно отворачивается. От кататонического отличается большей выразительностью.

Диссоциативное идентификационное расстройство: в одном человеке сосуществуют две личности, чередуясь одна с другой. При этом одна из них не хочет знать ничего о другой. Феномен такой личности очень сильно зависит от специфики культурных условий и отношения к нему врачей. В повседневных условиях встречаются случаи двойной жизни. Например, днём - это дама, а ночью - проститутка (рассказ Куприн). Может быть днём - благородный человек, а ночью - преступник.

Рассматривая психодинамический аспект проблемы, можно считать, что непереносимый аффект или невыполнимые стремления приводят к созданию образа другой личности, в то время как претензии своего Сверх-Я

остаются неизменными. Такая реакция бывает заложена в травматическом жизненном опыте, полученном ребёнком.

9.2.4. Депрессивные реакции и депрессивные неврозы

Депрессия означает подавленное настроение. Депрессивная симптоматика встречается при реактивной депрессии, депрессивном неврозе, эндогенной депрессии (меланхолия), депрессивном синдроме при шизофрении или при органических психозах. Распространённость депрессивных расстройств в целом составляет около 4-6%, а в амбулаторной практике -10-20%.

Частота и разграничение. Адекватное расстройство при печальных, подавляющих дух поводах определяется как подавленность. При реактивной депрессии больной также грустен по поводу чего-то утраченного или отнятого. От здоровой адекватной грусти реактивная депрессия отличается картиной большой интенсивности и большей длительности, возникающей после непреодолимого конфликта.

Депрессивный невроз направлен не на один актуальный конфликт, а на далеко распространяющуюся стройную пляду конфликтов. Депрессивный невроз характера и депрессивная структура личности - это примерно одно и то же. К депрессивным реакциям имеются широкие переходы.

Меланхолия (или эндогенная депрессия) отчётливо отличается по происхождению, симптоматике и течению от реактивной и невротической депрессии; речь идёт о иных психических нарушениях, однако они также встречаются у таких людей.

Реакции печали.

Если человек страдает от тяжёлой потери (смерть близкого человека), то возникает болезненный психический процесс перестройки. Острая печаль протекает часто с соматическими жалобами и вегетативными нарушениями, такими как бессилие и истощение, особенно желудочно-кишечные расстройства. К психическим реакциям печали относятся отчуждённость и раздражительность. За враждебностью стоит часто чувство собственной вины. Как и болезненную печаль, его пытаются преодолеть. Но только правильная оценка потери и печали, примирение с потерей может привести к преодолению трудной ситуации и к новой ориентировке.

О патологической или болезнетворной ситуации печали говорят тогда, когда она затягивается. В основе этого лежат разные причины: вначале вынужденное пребывание в обществе, которое сдерживает проявления тоски, часто - невыносимое одиночество и отсутствие партнёра для беседы, а также самобичевание из-за реальных или мнимых погрешностей в уходе за умершим, оставшиеся неразрешённые с ним проблемы, при этом особую роль играют амбивалентные установки и вытесненная агрессивность; с другой стороны. выраженные дружеские отношения, которые так внезапно прервались. В деталях эти реакции печали также многообразны и различны, как вообще жизненные ситуации.

При проявлениях нормальной печали больные подвергаются окаменению, у них наблюдается пассивность и утрата интересов, иногда горестное или агрессивное поведение в отношении окружающих. Расстройство настроения уже теряет связь с утратой. Болезненная реакция печали сопровождается вегетативными нарушениями и соответствующими ипохондрическими опасениями, которые в выборе органа часто связаны с болезнью умершего родственника. Гастроинтестинальные психосоматические расстройства могут привести к язвенному колиту. Нередко к злоупотреблению алкоголем и наркотиками.

Депрессивные реакции встречаются при резких изменениях жизненных отношений, потере привычного жизненного уклада и доверительной атмосферы, а также при изменении поля деятельности, после переезда, выхода на пенсию, даже после ухода в отпуск. Решающим здесь является не внешняя ситуация, а переживание изменений, потеря укрытия и неуверенность в новой ситуации. Часто в основе депрессивных реакций лежат глубоко скрываемые обиды и кризис самооценки.

Депрессивные неврозы

Причина, почему многие люди в результате потери безопасности находятся в угрожающем состоянии, проясняется из истории их жизни. из тематики болезненных детских переживаний, а не только из-за утраты атмосферы любви после расставания с матерью или разрыва семейных связей. Недостаток тепла, домашнего очага и «разбитый дом» - это часто лишь переоцениваемые крылатые слова. Столь же патогенными могут быть излишняя забота тревожных родителей, которые привязывают к себе ребёнка

и оберегают его от влияния окружающего мира, и именно поэтому затрудняется становление самостоятельности и стойкости. «Теплично» воспитанный человек остаётся зависимым и нуждающимся в опоре и на незначительные перемены реагирует депрессивно. Когда родители становятся единственной постоянной опорой, то воспитывается невозможность проявления настоящих чувств в проблемных ситуациях. Единственное, чему разрешено появляться в сознании, это страх и чувство вины.

Депрессивный невроз - это невроз характера или расстройство личности. При слабой выраженности говорят о депрессивной структуре личности в смысле стойких психических отклонений. При этом актуальные затруднения являются поводом, а не причиной. С депрессивно-невротической структурой связано развитие других расстройств, особенно наркомании и анорексии.

Психоаналитически самоупрёки и импульсы к самоубийству интерпретируются интроекцией и аутоагрессией: они имеют основу в обвинениях и импульсах убийства в отношении окружающих. В амбивалентности между сильной потребностью в привязанности и возникающим агрессивным поведением состоит конфликт при невротической депрессии.

9.2.5. Синдром отчуждения

Деперсонализация - это расстройство жизненного Я, сознание самого себя: такие психические процессы как восприятие, чувство своего тела, эмоции, мышление и действия, переживания, осознаются как уже не принадлежащие Я, не как Моё. Само собой разумеющиеся жизненные процессы отчуждаются. Если внешний мир больного втягивается в отчуждение, тогда говорят о деперсонализации или шире - о переживаниях отчуждения.

Симптоматика. Больные объясняют, что у них теряются жизненные отношения к самому себе и к окружающему миру. Отчуждение проявляется часто вначале с таким чувством, как будто с головой что-то не в порядке. Это не головная боль, а скорее какое-то тупое чувство, сходное с оглушённостью, как если бы обруч был натянут на голову, или доска перед лбом, или завеса перед глазами, как туман, который движется перед глазами, и т.п. Больные не могут отчётливо думать или ясно видеть. Поэтому некоторые из них идут к

офтальмологу, если отчуждение начинается со зрительных восприятий: при изменённом акте зрения изменяется физиогномическое распознавание. Пациенты смотрятся в зеркало, чтобы идентифицировать самих себя, но в их лице появляется что-то чужое. Позже больные скажут, что они чужды самим себе, изучают себя, как другого человека. Свои мысли они переживают, как не принадлежащие им, их чувства - как посторонние, их действия - как механические. В то же время они сознают, что это они и есть, что их представления, стремления и характер поведения принадлежит им: но эта рациональная установка не соответствует непосредственному чувству принадлежности всего этого себе. Они не говорят «это не я», а «так как будто не я это думаю, чувствую, делаю...».

Тело и его отдельные части тоже могут подвергаться отчуждению. Тело больному не подчиняется, свои движения он воспринимает как автоматические: нога становится как чужая, нет чувства принадлежности её своему телу. Но и здесь больной знает, что это всё-таки его нога, так как он её чувствует и может ею двигать. Однако переживание её принадлежности себе утрачивается.

Во внешнем мире ему кажутся незнакомыми привычные домашние вещи, они изменяются или становятся неизвестными, как будто он никогда их ранее не воспринимал такими, какими они есть на самом деле. При обычном взгляде из окна окружение кажется другим. Сначала отчуждаются отдельные окружающие предметы, а затем это явление расширяется до дереализации.

Частота и происхождение. Деперсонализация и дереализация принадлежат к неспецифическим психическим формам реакций. Они могут появляться изолированно или в рамках разных психических заболеваний. Здоровые молодые и взрослые люди при утомлении могут испытывать кратковременные, длящиеся секунды переживания отчуждения. При истощении и исчерпании сил эти переживания могут сохраняться дольше. Астенические личности особенно склонны к деперсонализации, иногда с признаками навязчивости. В ситуациях страха эти признаки могут сохраняться остро, а после «паралича от страха» они опять исчезают. Если они сохраняются дольше, то входят в состав невротических переживаний.

Это же относится и к реакции печали: здесь также могут появляться кратковременные переживания отчуждения; но они могут стойко сохраняться при болезненных реакциях печали. Переживания отчуждения после катастроф, в приступах тоски или при сопереживании насильственных действий над близкими могут расцениваться как защитные механизмы при желании стать другим, как будто бы эти переживания не относятся к нему.

Переход к невротическому синдрому деперсонализации плавный. Здесь отчуждение означает глубинно-психологические защитные механизмы Я против непреодолимого переживания, особенно воспринимаемого с чувством вины агрессивного побуждения, которое в состоянии деперсонализации воспринимается не как таковое, т.е. не принадлежащее мне. При этом происходит регрессия в раннее детское мышление и способы переживаний, которые соответствуют тому возрасту, когда структура Я и отношение к реальности ещё не стабильны.

Деперсонализационные синдромы начинаются преимущественно в постпубертатном возрасте. Они носят характер кризов созревания у подростков без того, чтобы рассматривать проявления деперсонализации как юношеское сомнение в сознании своей индивидуальности. Невротический синдром деперсонализации у подростков может быть преходящим, но может стать и хроническим. В некоторых случаях он переходит в невроз навязчивости.

Терапия. Синдром отчуждения в большинстве случаев стойкий. При невротических формах показана психодинамически ориентированная психотерапия, которая особенно нацелена на отвергаемые агрессивные переживания. Направленное на симптомы лечение почти не даёт результатов. Антидепрессанты и нейролептики выправляют состояние мало. Иногда психотерапию может поддержать курс инсулина в малых дозах.

9.2.6. Ипохондрические синдромы

Ипохондрические расстройства определяются как чрезмерно заботливое отношение к своему телу с тревожным наблюдением за собой и страхом за своё здоровье, с мучительными домыслами на эту тему. Здесь идёт речь о форме реакции и синдроме.

Ипохондрические опасения относятся чаще всего к сердцу, желудочно-кишечному тракту, мочевым и половым органам, головному и спинному мозгу. Автономные функции контролируются с заботой и страхом. Вследствие этой нефизиологической обращённости внимания и тревожной установки могут нарушаться функции вегетативно иннервируемых систем, поскольку они подвержены влиянию эмоций. Вначале возникают безобидные вегетативные нарушения функций, которые под влиянием ипохондрических опасений усиливаются. Тревожные опасения могут накладываться на реальные соматические недомогания, значение которых сильно преувеличивается страхом за свои органы или их функции. Это сближает ипохондрические переживания с фобическими; выраженность и стойкость приближают эти опасения к навязчивости.

Условия возникновения. Свойственная сенситивной личности неуверенность в себе предрасполагает к ипохондрическому развитию. При перестройке от здорового к больному все ощущения приобретают иную тональность, до тех пор несущественные нарушения становятся симптомами болезни. Сюда относятся опасения студента-медика на начальных курсах обучения. В ошибочных оценках ипохондрика отчётливо видно, как ему трудно найти середину между беззаботностью и чрезмерной озабоченностью своим телом. Ипохондрические опасения могут провоцироваться неправильно понятыми или оцененными высказываниями врача. Очень впечатляют случаи заболевания у родственников.

Ипохондрические синдромы бывают не только при неврозах, но и при психозах и мозговых заболеваниях. У больных меланхолией могут наблюдаться выраженные ипохондрические опасения, а у больных шизофренией - абсурдные ипохондрические представления, частично направленные на гениталии.

Диагноз. С одной стороны, надо считаться с тем, что каждый человек может реагировать ипохондрически и что этот синдром развивается при разных заболеваниях. С другой стороны, нельзя игнорировать тот факт, что человек с ипохондрическими переживаниями может действительно соматически заболеть.

Течение болезни обычно длительное.

Лечение. Если психотерапия не проводится или не удаётся, врачебные усилия направляются на то, чтобы уменьшить значимость ипохондрических опасений в повседневной жизни.

9.2.7. Тревожные неврозы и фобии

Если в клинической картине страх господствует, то говорят о тревожном неврозе. Если невротический страх направлен на определённый объект и ситуацию, это называется фобиями. Невротический страх может быть стойким или приступообразным. Особым выражением страха является хроническая симптоматика страха после чрезмерных перегрузок.

Клиническая картина. Страх - это одновременно и физический и психический феномен. Соматические проявления страха: сердцебиения, сдавленность или сухость в горле, двигательное беспокойство, дрожь, холодный пот, позывы на мочеиспускание, поносы - это не следствие страха, а непосредственные соматические проявления. Страх - это психосоматический процесс. Формы его выражения разнообразны. Страх может скрываться под маской подчёркнутой самоуверенности. Он может проявляться в беспомощности ребёнка, в недостаточности и нехватке сил в жизненной борьбе конституционально-астенического человека; далее он может проявиться в виде «страха перед выступлениями», а также в острых реакциях, например в бессмысленной панике или аффективном ступоре.

От реального невротический страх отличается тем, что его происхождение неизвестно. Как «свободно гуляющий страх», он ни к чему определённому не привязан. Такие пациенты признают только то, что они могли бы испытывать страх, в крайнем случае они отмечают соматические формы выражения страха.

От страха отличают фобии, которые направлены на определённые ситуации или объекты, например, страх перейти улицу или пустую площадь, страх находиться в тесном или закрытом помещении, пребывать в толпе людей, ездить поездом или плыть на теплоходе, находиться на большой

высоте, страх перед определёнными, но безобидными животными и т.д. Страх оказаться в какой-то ситуации, так называемый страх ожидания, действует подобно порочному кругу, усиливая симптомы. Темы фобий переплетаются с их источниками, они становятся скорее заместительно-объектными и имеют символический характер. Примером этого является страх покраснеть. При наличии конфликта между интенсивностью побуждений и чувством совести гнездится корень страха быть распознанным, чего больные стыдятся. Если вазомоторные симптомы вначале имеют характер соматических сопровождающих явлений, то при обращении на них внимания они приобретают главное значение, и появляется опасение за их способность выдать тайну. Это приводит к дальнейшему смущению, что способствует ещё большему покраснению. Покраснение может вызвать каждое случайное событие.

Условия происхождения. Тревожные неврозы и фобии - это патологические реакции на основе неразрешённого конфликта, особенно в связи со страхом потери. Подавление агрессии и переход в её противоположность характерны для больного с тревожным неврозом. Такие больные не проявляют злости и ярости против других, а вместо этого показывают дружелюбие, любезность и готовность помочь. Неосознанной мотивацией является страх потерять контакты, остаться одному и потерять опору окружающих. Эта тенденция прилипания к другим исходит из неуверенности в себе, идущей с раннего детства. Вначале актуализируются сексуальные ситуации соращения, проб и отказов, в том числе наказания за желание онанизма и инцеста. Страх кастрации невозможно понять словесно, понимание возможно только как метафоры реакции на «отсечение возможности разного рода экспансивного развития». Учитываются не только отдельные ситуации отказа и угрозы, но и длительная атмосфера фрустрации. Они обнаруживают контраст с выраженными сексуальными и агрессивными устремлениями и соответствующими неосознанными фантазиями.

Фобии рассматриваются как элементарные процессы перехода в бессознательное: страх переводится на окружающую действительность. Этот процесс реализует определённую защиту от напора инстинктов. Женщина, не получающая удовлетворения в семейной жизни, защищается страхом перед улицей от возможной ситуации искушения. Этот невротический процесс имеет сходство с конверсионной реакцией.

Генетические наблюдения свидетельствуют о факторах предрасположенности, которые способствуют общей готовности к реакции и к специальным формам проявления симптоматики страха. Структура личности больных неврозом страха часто сенситивная и сверхщепетильная.

Разграничение. Есть очень узкий промежуток между тревожными расстройствами и ипохондрическими невротическими синдромами; его занимает страх, относящийся к телесным функциям. Переход образует фобия сердца. Фобические состояния в проявлении навязчивости так тесно переплетаются, что во многих случаях приходится говорить о навязчивых фобиях.

У детей следует осторожно определять каждый случай боязливости как тревожный невроз. Страх - это в первую очередь нечто естественное, и его сохранение зависит от многих факторов, особенно от воспитания. Только когда ребёнок, с одной стороны, начинает понимать бессмысленность и необоснованность страха, а с другой - не может с ним бороться, только тогда можно говорить о тревожном неврозе. Это обычно бывает после 9-10 лет. Всегда надо помнить, что страх, диагностируемый как невротическое и психотическое расстройство, может быть вызван соматическим заболеванием, например гипертиреозом.

9.2.8. Невроз навязчивых состояний

Навязчивости (ананкастность, обсессивно-компульсивный синдром) появляются тогда, когда содержание мыслей или импульсы к действию постоянно навязываются и не могут подавляться или вытесняться, хотя они бессмысленны или безосновательно господствуют в мыслях и действиях. Поскольку эти импульсы стойкие, они вызывают неодолимый страх.

Патологическим является не содержание навязчивостей, а их доминирующий характер и невозможность избавиться от них.

Картина проявлений. Существуют лёгкие феномены навязчивостей, которые относятся к области нормально-психологических.

По содержанию патологическая навязчивость направлена на несущественные явления, по интенсивности она очень различна, но всегда сопровождается страхом. Больной не может держаться на расстоянии от своего страха, ему ни уклониться, ни увернуться, он отдан во власть страха. Пат навязчивости проявляются в мышлении, в области чувств, влечений и устремлений и в поведении.

Навязчивые мысли определяются страхом, что он может кого-то ударить, кого-то толкнуть и т.п. При этих навязчивых представлениях речь идёт не о собственно персоне (как при фобиях), а о других людях: что-то может случиться с родными или уже случилось, и больной при этом виноват.

Навязчивые импульсы имеют часто такое содержание, как возможность навредить, и не столько себе, сколько другим, например со своим ребёнком и при этом выпасть из окна; ножом, раз уж он попал в руки, кого-то поранить или даже убить; произнести неприличные или богохульные слова; хотеть, думать или делать запретное. Т.о., навязчивые импульсы имеют преимущественно агрессивную окраску. У здоровых иногда можно проследить подобные импульсы, например, при взгляде на глубину - я мог бы туда броситься; или кого-нибудь ранить; но эти представления нестойки, сразу же преодолеваются здоровыми мыслями: ни себе, ни другому не вредить. Однако и больные не поддаются своим импульсам. До действий дело не доходит; но они переживают это как несвободу; агрессивные побуждения, которые так пронзительно развиваются, дают повод для появления резко выраженного этического чувства собственной виновности и дальнейших страхов.

Навязчивое поведение выражается, например, в навязчивом счёте:

всё, что происходит перед глазами должно постоянно пересчитываться. При навязчивом контроле всё должно проверяться - выключен ли свет, закрыт ли газовый кран, заперта ли дверь, правильно ли брошено письмо и т.п. **Большой навязчивостью чистоты моет бесконечно руки, другие части тела вплоть до мацерации кожи** и невозможности делать что-либо, кроме мытья. Больной сопротивляется этим навязчивым действиям, поскольку считает их бессмысленными, но безуспешно: если он прерывает контролирование, счёт, мытьё и др., то возникает страх, что случится что-то плохое, произойдёт несчастье, он кого-то заразит. Этот страх только усиливает навязчивые действия, но никак не проходит. Особенно мучительны контрастные ассоциации между неприличными и священными представлениями, постоянный антагонизм между запретными импульсами и предписаниями этики.

Симптомы навязчивости имеют тенденцию расширяться. Вначале закрытая дверь проверяется два раза, а затем это делается несчётное число раз; навязчивый страх вначале направлен только на кухонный нож, а затем уже на любые острые предметы. Мытьё рук осуществляется до 50 раз и чаще.

Частота. Преходящие навязчивости встречаются в период беременности, родов, при климаксе и постинфекционном истощении.

Более сильные проявления характеризуют невроз навязчивости, который возникает обычно во время пубертатного периода или вскоре после него. До 10 лет навязчивости встречаются редко, так как лежащий в их основе конфликт опирается на развитое чувство совестливости (Сверх-Я) и определённые возможности абстракции в мышлении. У маленьких детей тоже отмечаются стереотипные действия, но здесь только привычки: у аутичных детей привычки выражаются фиксацией на объекте и ритуализации. К тому же такие дети не страдают. Страх впервые приходит в том случае, если кто-то мешает ритуалу. Кроме неврозов навязчивостей наблюдаются такие виды неврозов, которые начинаются со страхов, депрессии или ипохондрической симптоматики, а позже переходят на феномен навязчивости или наоборот, но это бывает реже. Проявления навязчивости как симптом или признак личности принадлежат к наиболее частым невротическим нарушениям. Симптомы навязчивостей встречаются и при психозах.

Условия происхождения. Фактор предрасположения виден из

семейного накопления, а также из корреляций между ананкастной личностью и симптоматикой навязчивостей, а также между высокими показателями конкордантности у близнецов. Есть другие условия возникновения неврозов: психодинамические и органически-мозговые.

Структура личности с неврозом навязчивости определяется выраженным контрастом между Оно и Сверх-Я: сфера побуждений и совести к этому очень предрасположены. Ананкастный вид реагирования происходит в результате строгого воспитания, непреклонного соблюдения порядка и чистоты, сверхзаботливого приучения к чистоплотности в раннем детстве, запрещения реализации сексуальных побуждений и угрозы наказания как общей фрустрации детских потребностей, прежде всего эдипальных импульсов. Не леченые неврозы в 3/4 случаев принимают хроническое течение.

9.2.9. Изменение личности после катастрофы

Возможность сопротивляться внешним стрессам или реагировать на них

преходящими психическими нарушениями касается и тех стрессов, которые были вызваны длительным заключением в концлагерях, оставивших у части узников стойкие психические расстройства. Такие нагрузки относятся к психореактивным нарушениям, если не к неврозам в узком смысле слова.

Экстремальный стресс. В концлагерях чрезмерные стрессовые нагрузки были вызваны длительностью пребывания, неблагоприятными гигиеническими условиями и недостаточным питанием, тяжёлой работой, болезнями и издевательствами, а о зверствах можно не распространяться. Глубокие душевные потрясения вызваны прежде всего постоянным страхом смерти, сопереживанием разделению родственников и убийствам близких, постоянными издевательствами и столкновениями с холодной бюрократической машиной уничтожения. Самым тяжёлым переживанием было унижение личности, а при расовых преследованиях - также всей истории целого народа и его духовной общности. Это уничтожение, эта аннигиляция полностью лишали смысла и ценности личное и социальное существование, бесконечность непереносимой ситуации представляет собой чрезмерный стресс, какой психиатрия до той поры не знала. У детей этим сильнейшим травмирующим фактором было переживание хронического страха за своих близких.

Возвратившиеся узники лишились корней существования. В новом жизненном пространстве им было трудно приспособиться. Многие потеряли родных, были изолированы и испытывали чувство вины, что они незаслуженно остались живы. Многие из них живут в тех странах, где стиль жизни совершенно иной. Включение этих людей в новое окружение становится дополнительной проблемой.

Симптоматика. Долго сохраняющаяся психопатологическая симптоматика состоит прежде всего из хронического страха, депрессивных расстройств, астенического недостатка деятельности и вегетативных нарушений. Понятие невроза здесь вряд ли приложимо, следует говорить о переструктурировании личности или об обусловленных переживаниями сдвигах личности. Утрата уверенности в себе, озлобление и уход в себя накладывает отпечаток на все области жизни и поступки этих людей.

Многие из них не могут работать под чьим-то руководством, поскольку они реагируют чувством страха на любого, кто старается ими распорядиться. Поэтому они меняют места работы или работают самостоятельно, часто ниже уровня их возможностей и образования, с недостаточным доходом. Другие становятся неспособными к доверительным межчеловеческим отношениям и преданности, что особенно пагубно отражается на семейных отношениях, особенно если супруг также был из числа преследуемых и общее страдание было лейтмотивом выбора супруга. Больше всего они страдают от окрашенных страхом воспоминаний о ситуации в концлагере, которая постоянно остаётся в сознании или заново переживается в кошмарных сновидениях. Переживания преследования не могут быть забыты, ни вытеснены. К этому добавляется чувство вины «незаслуженно оставшегося в живых».

Ставшая хронической симптоматика страха для психических последствий столь характерна, что она называется ядерной симптоматикой или **синдром преследования**. Наиболее часто он встречается у преследовавшихся в среднем возрасте; для людей старшего возраста более характерны депрессивные расстройства, часто связанные с органически-невротическими нарушениями. Относительно редко встречаются вспышки психоза (в основном с галлюцинаторно-параноидной и депрессивной, реже кататонической или иной симптоматикой) во время преследования, вскоре

после него и после латентного периода в несколько лет.

У детей поздняя симптоматика ориентирована на возраст, в котором это преследование происходило. Преследование в раннем детском возрасте сказывается на способности к контактам и на социальной самостоятельности. Если преследование пришлось на препубертатный и пубертатный возраст, то симптоматика больше напоминает синдром преследования взрослых. Катамнезы у лиц, преследовавшихся в детском и подростковом возрасте, показывают, что у них, даже в возрасте между 50 и 70 годами, могут появиться описанные расстройства; здесь речь идёт о декомпенсациях при сниженной сопротивляемости, которую надо рассматривать как последствия преследования.

Дифференцировать следует с последствиями травматических и дистрофических повреждений мозга, а также от невротических патологических реакций и развитий личности.

Лечение показано психотерапевтическое и медикаментозное. Важнее всего социотерапевтические мероприятия с целью вовлечь в жизнь и достичь профессиональной реабилитации.

9.2.10. Реакция на стресс

В отношении возникновения неврозов считается, что «внешние» перегрузки могут стать провоцирующими факторами. Перегрузки не вызывают стойких психических нарушений. Это не означает, что перегрузки не действуют на психику. Угрожающие или подавляющие переживания, такие как несчастья или нападения, военные действия и природные катастрофы, могут вызвать не только страх и панику, но и «отупение» с неспособностью реагировать. При этом речь идёт о естественных реакциях, чем о неврозах, которые предполагают сложное внутреннее развитие. Подобные реакции кратковременны; они рассматриваются как «острые реакции на стресс». На основе нового опыта известно, что чрезвычайно тяжёлые и длительно сохраняющиеся соматические и психические перегрузки приводят к серьёзным и стойким психическим нарушениям (вспомните раннедетскую депривацию). Но эти изменения личности возникают под действием экстремальных перегрузок. Одной из таких форм является **посттравматическая стрессовая реакция**.

Такая реакция возникает при событиях угрожающего и катастрофического характера при природных происшествиях, тяжёлых битвах во время войны, а также при истязаниях, пытках. Симптоматика состоит из тревожных воспоминаний и сновидений, эмоциональной притуплённости и равнодушия к другим людям, потери дружелюбия и утраты активности. Характерны постоянно возвращающиеся воспоминания о стрессовой ситуации. Течение обычно затяжное и рецидивирующее. Прогноз в большинстве случаев благоприятный, но могут остаться стойкие изменения личности. В возникновении следует учитывать людей с преморбидными невротическими и личностными нарушениями, которые имеют повышенную ранимость. При этом психическая травматизация является неременным условием. В данном случае речь идёт не о неврозе в узком смысле слова, а о родственных нарушениях, которые раньше называли травматическими неврозами.

10. Умственная отсталость

Это врождённый (обусловленный предрасположением или рано развившийся) недостаток интеллекта, сочетающийся с недостаточной дифференцировкой личности. Примерно 14% населения имеет интеллект ниже среднего. По классификации МКБ-10 выделяют четыре степени умственной отсталости:

Лёгкое снижение интеллекта: интеллектуальный коэффициент (IQ) 50-69, что примерно соответствует старому понятию дебильность; необходимо обучение в спецшколе, профессиональное обучение чаще не удаётся.

Умеренное снижение интеллекта: IQ 35-49, неполноценное формирование речи, невозможность самостоятельной жизни в целом, необходима опека.

Тяжёлое снижение интеллекта: IQ 20-34, что примерно соответствует понятию имбецильность. Имеются моторные и другие центральные выпадения.

Глубокое снижение интеллекта: IQ ниже 20, что раньше называлось идиотией; общение с больным может быть только условным, он полностью нуждается в помощи, часто имеются сенсорные и другие соматические задержки.

Картина проявлений. Отставание можно наблюдать в том возрасте, когда оно значительно отличается от нормального развития. Это конец первого

года жизни, нередко только на третьем году жизни. Чем тяжелее отставание, тем раньше оно проявляется.

Как правило, одновременно нарушается моторное развитие: запоздалое ползание, стояние и ходьба, задержанное и замедленное развитие речи. Замедление развития и недостаточная дифференцировка личности отмечается уже в детском возрасте в виде маловыразительного лица, а также в бедности побуждений, вплоть до ступорозных проявлений. Но чаще это психомоторное ограничение выражается в бесцельных побуждениях (гипермоторика).

В первую очередь поражается мышление, особенно теоретическое и абстрактное. Оно остаётся на уровне чувственных впечатлений и конкретики и не может преодолеть привычного, плохо абстрагирует и осмысляет события теоретически.

Затрудняется образование понятий. Оценка представлений бедна. Ограничивается способность распознавать существенное и отличать его от несущественного, причины и следствия, охватывать значения, отношения и смысловые связи и, опираясь на это, осваивать новые ситуации. Особенно страдает составление заключений и выделение поведения и ведения жизни.

Исходя из этого, могут нарушаться внимание и восприятие, перцепция и другие процессы памяти, способность замечать и осмысливать, нарушается речь. Из-за нет возможностей для школьного обучения и приобретения знаний, их удержания и применения. Но есть люди с умственной отсталостью, которые имеют удивительные способности памяти, особенно на детали, на впечатления и на счёт. Иногда отдельные способности не задержаны, а выражены выше средних, например музыкальность, счёт и технические способности. Этому способствует комплекс неполноценности, который развивается у многих из них; они отчётливо чувствуют свою неполноценность и стремятся преодолеть её, полнее используя свои способности в ограниченной области.

И у взрослых отсталость касается не только интеллекта; психомоторика остаётся неуклюжей и дисгармоничной. Высшие эстетические и этические порывы могут отсутствовать. Функции влечений, чувств и воли остаются неполноценными. В общении с умственно отсталыми обнаруживается, с одной стороны, их легковёрность, из-за которой им легко что-либо внушить, а с другой – упрямая косность, покоящаяся на слабости суждений. Эта безрассудность относится в первую очередь к недостаточной оценке своих способностей. У

умственно отсталых с возрастом интеллектуальные возможности быстрее падают, а социальное приспособление лучше сохраняется.

Замедленное формирование интеллекта может остановиться на любой степени нормального развития. При более лёгких оно максимально достигает степени конкретных мыслительных операций, т.е. примерно интеллект возраста ребёнка 7 лет. При средних и тяжёлых формах задержки дети остаются на уровне предпонятийного мышления.

Многочисленные особенности поведения этих людей являются выражением задержек межчеловеческих контактов и в результате этого социальное отвержение и изоляция, а также недостаточные или запоздалые оздоровительно-педагогические мероприятия. Под этим углом зрения следует рассматривать и нарушение сексуального поведения. Психосексуальное развитие часто остаётся на уровне мастурбации.

Умственная отсталость (УО) обусловлена разными причинами. Они могут быть унаследованы или рано приобретены. Различают две группы с умственной отсталостью. В первой группе не определяется или почти не определяется других аномалий; к лёгким формам в этой группе относится до 66% всех случаев, к тяжёлым формам – лишь небольшая часть. Если один родитель умственно отсталый, то дети в 29% бывают с УО, а при страдании обоих родителей – 65%, а у детей с нормальными родителями – 6%. Во второй группе – лица с наследственными нарушениями обмена веществ, прежде всего это энзимопатии. При некоторых формах в этой группе возможна профилактика: изъятие неразлагаемого вещества из питания или связывание его в организме (фенилкетонурия, гомоцистинурия, гистидинемия, галактоземия, муколипидоз, мукополисахаридоз, синдром Ретта и др.).

Интеграция умственно отсталых и их родственников представляет проблему. Такой ребёнок остаётся для семьи тяжёлой обузой. С одной стороны, социальную интеграцию затрудняет укоренившееся отношение социально полноценных, а с другой – необходимость иметь для них специальные учреждения, такие как специальный детсад, спецшкола, специальные мастерские и другие заведения.

11. Приобретённые психические дефекты как часть негативных синдромов

Негативные синдромы – это патологические состояния, основной характеристикой которых являются симптомы ущерба, изъяна, недостаточности психической деятельности, т.е. психический дефект. **Психический дефект** – это стойкая, малообратимая недостаточность, неполноценность интеллектуальных функций или снижение уровня личности, имеющие врождённый или приобретённый характер. «Психический дефект» шире, чем понятие «слабоумие», так как включает изъян эмоционально-волевых качеств и снижение уровня личности в целом.

Приобретённый психический дефект может включать преимущественно личностные, интеллектуальные негативные расстройства или их сочетание. Они могут быть разделены на три группы. В первую – включены преимущественно личностные расстройства. Во вторую – глубокие личностные расстройства с интеллектуальной недостаточностью. В третью – глубокое интеллектуальное снижение (деменция).

Деменция – стойкое, малообратимое снижение интеллекта, связанное с патологией головного мозга, возникшей после трёхлетнего возраста.

Лакунарная деменция – вид слабоумия, при котором в первую очередь поражается память и внимание. *Сохраняется критичность* и основные свойства личности.

Глобальная деменция – вид слабоумия, при котором страдают наиболее сложные свойства собственно интеллекта: логичность, доказательность, самостоятельность, пылливость, оригинальность, находчивость, ширина, глубина и продуктивность. *Имеется некритичное отношение* к своему дефекту. По характеру течения выделяют три типа деменции: прогрессивную, стационарную и относительно регрессивную. По тяжести негативной симптоматики выделяют **десять уровней** приобретённого психического дефекта.

11.1. Истощаемость психической деятельности

При сохранности задатков личности нарушается проявление качественных и количественных её сторон. Это происходит в силу возникающей психической и физической слабости, заметного падения работоспособности. Есть несоответствие глубины и длительности психической истощаемости при сравнительно небольшой умственной и физической нагрузке. Изменяются основные свойства темперамента – снижается реактивность, сенситивность, активность и эмоциональная возбудимость, замедляется темп реакций, увеличивается степень ригидности и интроверсии, а пластичность и экстравертированность уменьшаются. Ослабевает твёрдость и активность характера. Это связано с падением интереса к окружающему, снижением уровня потребностей, мотивов. Возникает субъективное ощущение скуки, усталости, вялости, иногда повышенной сонливости. Существенно не нарушается социальная адаптация в условиях привычного жизненного стереотипа. В его рамках прежнее исполнение ролей и применение масок сохранены, тогда как усвоение новых затруднено. Больные стараются избежать ситуаций, резко меняющих жизненный стереотип. Расстройства таковы, что окружающим они незаметны, а сами больные воспринимают их как ситуационные или обусловленные соматическим неблагополучием.

11.2. Субъективно осознаваемая изменённость «Я»

Задатки, способности, предпосылки интеллекта и протекание интеллектуальных процессов формально сохранены. Нарастающие изменения касаются в основном темперамента и характера. Затрудняется автоматизированное использование интеллектуальных достижений и приобретение новых. В одних случаях падает интенсивность психической реактивности, сенситивности, замедляется темп реакций, падает активность, эмоциональная возбудимость и пластичность, нарастает ригидность, усиливается интроверсия, появляется рефлексия. В других случаях при снижении активности отмечается рост эмоциональной возбудимости,

реактивности, сенситивности. В характере возникают субъективно ощущаемые затруднения в самопроизвольности выражения. То, что раньше происходило произвольно, теперь вызывает затруднения, требует обдумывания. Есть затруднения общения, уменьшается творческая заинтересованность при сохранении признаков социальной активности (работа через силу), возникает пессимистическая оценка своих качеств, нарастает застенчивость и обидчивость, отмечается самокопание. В складе характера нарушается пластичность, устойчивость, твёрдость, активность, целостность характера, появляется незначительная отгороженность. Набор ролей и масок почти не меняется, тогда как их исполнение и применение требует значительного интеллектуального и эмоционального напряжения. Для обеспечения прежнего социального статуса они прилагают большие усилия и это осознают. Личностная недостаточность такого рода проявляется при эмоциональном напряжении и больные его избегают. Одни никаких усилий для коррекции изменений личности не предпринимают, другие прибегают к утрированным или патологическим формам компенсации: неумеренное занятие спортом, необычные хобби, алкоголизация, наркотизация и т.п.

11.3. Объективные изменения личности

Нарастает утрата преморбидных индивидуальных свойств темперамента и черт характера. В одних случаях происходит заострение преморбидных черт, появляются признаки социальной дезадаптации. В других в структуре личности возникают несвойственные ей прежде черты. Изменения похожи на одно из психопатических состояний; они называются **психопатоподобными**. При них социальная декомпенсация и нарушения отношений возникают в ситуациях ранее привычных. Возникает аутистическая направленность. Ограничиваются контакты с лицами своего окружения, заметно теряют заинтересованность. Личностная несостоятельность обнаруживается и в условиях обычного, привычного жизненного стереотипа. При формальной сохранности задатков, навыков и способностей в определённой степени сглаживаются их

индивидуальные черты. Больные теряют способность тонко оценивать своё положение в обществе и семье. Появляется подчиняемость и конформность. Больные охотно принимают опеку, руководство со стороны родных и близких. При обеднении побуждений и интересов жизнь их становится однообразной, монотонной. Творческий потенциал снижается. Нарастает и становится чрезмерной реактивность, сенситивность, эмоциональная возбудимость со склонностью к эксплозивным вспышкам. Отмечаются сверхсоциальность, пунктуальность, чрезмерная аккуратность. Выраженность этих изменений такова, что приводит к снижению социальной активности и продуктивности.

11.4. Дисгармония личности

При сохранности задатков и способностей они теряют свою социальную значимость в силу выраженной диспропорции между отдельными компонентами темперамента и характера, потребностей и мотивов деятельности личности. Это проявляется повышенной ранимостью, эмоциональной возбудимостью, лабильностью темпа реакций личности, часто сочетающимися с утрированной экстраверсией и ригидностью. Мышление становится аффективным. В других случаях может отмечаться снижение количественных параметров темперамента, что сочетается с подчёркнутой интроверсией. Нарушается целостность, глубина, сила, устойчивость, пластичность свойств характера, что проявляется в изменении ранее присущих человеку отношений к себе, людям, труду, вещам. Снижается уровень и выраженность потребностей, регресс мотивов деятельности. Падает социальная активность и продуктивность.

В рамках шизоидизации дисгармония личности проявляется интровертированностью, нелюдимостью, утратой духовной связи с людьми, интереса к общественной жизни. Обеднение аффективности сочетается с появлением эмоциональной хрупкости, ранимости (симптом «стекла и дерева»). Нарушаются связи сознания «Я» и реального мира. Нарастает стереотипность поведения, его ригидность, иногда с утрированной

педантичностью. Утрачивается психическая гибкость, пластичность. Активность личности снижается. Углубляется пассивная подчиняемость жизненным обстоятельствам. Нарушается интегрированность высших и низших влечений с регрессом мотивов деятельности до эгоистически-утилитарных или гедонических. В ряде случаев коренным образом изменяется мировоззрение. Например, убеждённый атеист становится глубоко верующим человеком.

11.5. Снижение энергетического потенциала

Оно выражается в объективно определяемой редукции психической активности, продуктивности, значительном затруднении использования объёма знаний. При сохранности предпосылок интеллекта дальнейшее обогащение его становится невозможным. Свойства темперамента редуцируются: падает реактивность, сенситивность, активность, эмоциональная возбудимость. Преобладает ригидность и интроверсия. Изменения характера и направленность личности становятся столь выраженными, что это сказывается на отношении к себе, людям, труду. Эти изменения не корректируются и адекватно не воспринимаются. Признаки аутизации и обеднения эмоций достигают большой выраженности. Ещё больше снижается потребность в общении: больные замкнутые, скрытные, молчаливые. Утрачивается интерес к окружающему, работе, творчеству. Эмоциональные реакции становятся тусклыми, неглубокими. Развиваются чёрствость, эгоистичность, холодность, нередко – жестокость. Вся психическая деятельность приобретает однообразный, стереотипный характер.

Одна группа становится апатичной, равнодушной, не реагирует на свою изменённость, у них отмечаются чудачества и странности, угловатость, отсутствия пластичности движений, гипокинезии. В другой группе – на фоне снижения интересов и изменения их направленности, в основном на своё здоровье, развивается эгоцентризм и поляриность в проявлениях темперамента и характера. Наряду со слащавостью, угодливостью, подобострастием они имеют

злость, мстительность, застревают на аффектах. Появившиеся ранее педантизм, пунктуальность, чрезмерная аккуратность приобретают карикатурный характер. Все эти изменения приводят к стойкой социальной декомпенсации. Больные теряют творческие способности, снижается их квалификация. Для этой группы характерна такая степень выраженности личностной патологии, что нарушается реализация задатков, способностей и интеллектуальных достижений без их формальной утраты.

11.6. Снижение уровня личности

Наряду с нарастанием признаков падения энергетического потенциала наблюдается выраженная нивелировка индивидуальных личностных черт. Личность теряет свой индивидуальный облик. Интересы ограничиваются утилитарными и гедоническими потребностями. В одних случаях нарастающее эмоционально-волевое снижение до гипобулии и апатии. Больные производят впечатление людей с выраженной недостаточностью интеллектуально-мнестической функции. При обследовании выявляется формальная сохранность интеллекта. Его продуктивное использование нарушено за счёт негативных расстройств в эмоционально-волевой сфере. Мышление приобретает черты выхолащивания, оторванности от реальности, становится витиеватым, с признаками соскальзывания, резонёрства, разноплановости, аморфности, паралогичности и символизма, и мышление становится стойко непродуктивным.

В других случаях снижение уровня личности связано с возрастанием эгоистически-утилитарных интересов, застреваемости на аффектах. Чётко обнаруживаются формальные интеллектуально-мнестические нарушения с торпидностью мышления, детализацией, нарушением запоминания, расстройством активного внимания, затруднениями переключения и тугоподвижностью. Больной недостаточно критично оценивает своё состояние. Это даёт основание определить у него начальные признаки глобального слабоумия. Признаки снижения уровня личности сочетаются с выраженной

астенией, гипобулией до степени аспонтанности. У некоторых больных негативная личностная симптоматика сочетается с благодушно-беспечным настроением и недоосмыслением нарастающих интеллектуально-мнестических расстройств.

11.7. Регресс личности

Имеет различные клинические формы. При одной из форм наблюдается почти полное равнодушие, безразличие к окружающему, что проявляется в отсутствии эмоциональных реакций на любые психические раздражители. Резко падает волевой процесс на всех его этапах со значительным сужением объёма активных целенаправленных волевых действий (абулия) или в почти полном их отсутствии. У больных полная несостоятельность не только в профессиональном отношении, но и в практической жизни и находятся на попечении родственников. Такая форма соответствует апатико-абулическому синдрому. Наряду с апатией и абулией отмечаются причудливость, необычность и вычурность моторики и поведения.

При другой форме регресса личности преобладают крайняя взрывчатость, брутальность, выраженная аффективная лабильность, склонность к кверулянтским и примитивно рентам тенденциям. Есть значительное снижение интеллектуально-мнестических функций. Отсутствует критическое отношение к этим расстройствам. В ряде случаев на первый план выступает беспечность, благодушие, бестактность с невозможностью осмысления в полной мере бытовых ситуаций, расстройства памяти, расторможенность низших влечений с утратой морально-этических норм поведения.

11.8. Амнестические расстройства

Высшие интеллектуальные функции при этом страдают вторично. Нарушения памяти проявляются в основном гипомнезиями, степень которых может нарастать. Наблюдается сниженная работоспособность, повышенная утомляемость, истощаемость и отвлекаемость внимания. Эти расстройства могут быть «мерцающими». Данное психопатологическое состояние по своему

содержанию совпадает с лакунарной деменцией. Одной из его отличительных особенностей является относительно длительная сохранность основных личностных качеств. Долгое время нет нарушений в сфере морально-этических качеств. У больных сохраняется критическое отношение к интеллектуально-мнестическим расстройствам. Однако при этом встречаются заострение преморбидных свойств темперамента и характера и появление несвойственных черт: раздражительности, аффективной неустойчивости, ослабления контроля над аффективностью, истощаемости волевых побуждений. В ряде случаев у амнестических расстройств отмечается прогрессирующее течение.

11.10. Психический маразм

Отличается полным распадом психической деятельности, утратой возможности контакта с окружающими, полным исчезновением интересов и побуждений к деятельности. Маразм является заключительной стадией грубо прогрессивных ослабляющих процессов. В таком случае ему предшествуют другие формы деменции, особенности которых на этом уровне сглаживаются. Такое состояние обычно сочетается с признаками общего маразма – физическое истощение, трофические расстройства, появление пролежней, дистрофии внутренних органов.

Негативные расстройства наблюдаются при большом числе психических заболеваний. При этом каждой форме соответствует свой, максимально достижимый уровень негативной симптоматики.

12. Психопатологические синдромы детского и подросткового возраста

12.1. Синдром невропатии

Это синдром врожденной детской «нервности», возникающий до трёхлетнего возраста. Он характеризуется незрелостью регуляции висцеро-вегетативных функций, проявляется в нарушениях сна, аппетита, диспепсий, колебаний температуры, тахикардией, тахипноэ, одышкой,

склонностью к аллергиям, метеотропностью, чувствительностью к изменению условий кормления в сочетании с повышенной нервно-психической возбудимостью, реакциями на внешние раздражители в виде аффективно-респираторных приступов, капризности, пугливости.

Первые проявления можно диагностировать в грудном возрасте в виде инверсий сна, частых срыгиваний, колебаний температуры, гипергидроза. С возрастом на первый план начинают выходить эмоционально-гиперрестетические расстройства от психогенных и экзогенных воздействий. Отмечается частый и длительный плач. Распространённым симптомом является «закатывание», когда на психогенный раздражитель возникает реакция недовольства, связанная с обидой и сопровождаемая гневом и криком, что приводит к аффективно-респираторному приступу: на высоте выдоха возникает тоническое напряжение мышц гортани, происходит остановка дыхания, лицо бледнеет, появляется акроцианоз. Возможно даже кратковременное выключение сознания и отдельные клонические судороги. Длительность – от нескольких до десятков секунд. Заканчивается глубоким вдохом. При невропатии дети склонны к повышенной общей и вегетативной возбудимости.

Синдром чаще встречается при резидуально-органических и невротических реакциях. С возрастом его проявления могут сглаживаться, но служат почвой для развития сложных невротических и неврозоподобных синдромов.

12.2. Синдром детского аутизма

Этот синдром – вариант психофизического дизонтогенеза, проявляющийся дисгармоничным психическим развитием, при котором наблюдается сочетание опережающего развития одних и отставание других психических функций. Проявляется в раннем детстве искажённым диспропорциональным развитием психики, характеризующимся нарушением коммуникативного поведения на уровне социальной перцепции, и

своеобразными задержками психического развития. У мальчиков встречается в 3-4 раза чаще, чем у девочек.

Ведущие симптомы – выраженные трудности установления отношений с людьми с начала жизни; слабость эмоционального реагирования, стереотипный и аутистичный характер игр; боязнь изменения обстановки, новизны.

Обязательные симптомы – страхи, нарушения сна, приёма пищи.

Дополнительные симптомы – хорошая механическая память, агрессивное и аутоагрессивное поведение. Могут встречаться разные уровни умственного развития.

Симптоматика проявляется с первого года жизни в виде крайней отгороженности от внешнего мира с игнорированием раздражителей до тех пор, пока они не становятся болезненными.

Синдром детского аутизма включает: Отгороженность вплоть до полного отсутствия потребности в общении, активное стремление к одиночеству, боязнь телефона; неплохое развитие автономной речи; склонность к вопросам и неспособность к ответам; хорошая память, особенно на ритмическую информацию; избирательное стереотипное использование или выкрикивание отдельных слов и словосочетаний, нередко сложных (электрификация) или многократное повторение вопросов (что такое жизнь?); патологические формы речи: эхолалии, фонография (отставленное повторение ранее услышанного), неологизмы, вычурное скандирование, использование местоимений и глаголов во втором и третьем лице применительно к себе. У них часто бывает обращённость речи в пространство, к самому себе, её монологичность, неестественная модулированность; слабость эмоционального реагирования. В грудном возрасте обнаруживается отсутствие реакции оживления при контакте с матерью; нет позы готовности при взятии ребёнка на руки. У них недостаточность или отставленность реакций на зрительные и слуховые стимулы, обращения; при этом ребёнок вначале ведёт себя как глухой и слепой, а через промежуток времени следует ответ, позволяющий понять, что стимул

был воспринят и осознан правильно. Есть также однообразие поведения со склонностью к двигательным стереотипам (подпрыгивания, раскачивания, похлопывания себя по бокам или ушам, вращения рук); однообразие неролевых аутистических игр; задержка и нарушения формирования двигательных навыков, угловатость движений, неуклюжесть, отсутствие содружественных движений, склонность к стереотипным регрессивным движениям (ходьба на цыпочках, трудности при спуске и подъёме по лестнице). Для них типична непереносимость взгляда, взгляд мимо собеседника, нарушение навыков опрятности.

Трудности адаптации в микросоциальной среде ведут к тому, что она становится источником эмоционального дискомфорта, угрозы и нарастающего эмоционального напряжения. На этой почве возникают «страхи», которые сохраняются годами. Ребёнок формируется в отрыве от реальности, мир воспринимается на основании отдельных аффективно значимых признаков, а не целостно. Поведение, интересы, активность носят «удобный» характер. Это проявляется стремлением устанавливать жёсткий порядок в повседневной жизни и противиться его изменению (неофобия). В более старшем возрасте проявляется дефицит инициативы, творчества даже тогда, когда выполнение задач по силам.

12.3. Гипердинамический синдром

Этот синдром возникает в возрасте от трёх до семи лет и проявляется чрезмерной подвижностью, неусидчивостью, суетливостью, несобранностью, приводящим к нарушению адаптации.

Ведущие симптомы: слабость торможения, двигательная расторможенность, неусидчивость, повышенная возбудимость.

Обязательные симптомы: неустойчивость внимания, отвлекаемость, повышенная истощаемость, нарушение целенаправленности деятельности с различной степенью выраженности.

Дополнительные симптомы: тики и другие гиперкинезы, импульсивные действия, проявления инфантилизма, задержки двигательного и психического развития.

Данный синдром бывает чаще у мальчиков. Первые признаки проявляются в дошкольном возрасте, однако до поступления в школу их бывает трудно распознать вследствие разнообразных вариантов нормы. Только крайние уровни гиперактивности должны вести к диагнозу у детей дошкольного возраста. Чрезмерная активность приводит к слабо дифференцированному поведению, нарушению внимания и отсутствию упорства при выполнении задач. Эти нарушения должны выявляться более чем в одной ситуации (например, дома, в классе, в больнице).

Гиперкинетический синдром чаще всего встречается при резидуально-органических нервно-психических заболеваниях. Острое начало гиперактивного поведения у ребёнка может встречаться при некоторых видах реактивных состояний, маниакальных расстройств, шизофрении или неврологической патологии. Последствием гипердинамического синдрома может быть задержка психического развития.

12.4. Синдром детских патологических страхов

Этот синдром бывает с различными страхами, возникающими без психологической и ситуационной обоснованности и проявляющимися чрезмерной интенсивностью и длительностью, не соответствующей силе и значимости вызвавшей их причины. Синдром относится к онтогенетически связанным психопатологическим состояниям. Страхи могут возникать при различных психических заболеваниях с раннего возраста, однако психопатологическую очерченность приобретает к концу дошкольного периода, начиная с 6-7 лет, что, вероятно, связано с началом формирования у ребёнка самосознания и появлением элементарной способности к самооценке субъективных переживаний.

Выделяют пять форм страхов: навязчивые, сверхценные, бредовые, ночные и недифференцированные.

Навязчивые страхи возникают произвольно, независимо от желания больного, против его воли, носят неотступный характер, но связаны с первичным страхом и критичным к ним отношением. Проявляются страхом болезни (нозофобия), острых предметов, высоты, замкнутых помещений (клаустрофобия), заражения, загрязнения (мизофобия), смущения (эрейтофобия) и многие другие страхи. Встречается при неврозах, органических заболеваниях головного мозга, шизофрении.

Сверхценные страхи доминируют в сознании больного с убежденностью в их обоснованности, в их реальности. Характеризуются выраженностью и силой аффекта страха, отсутствием даже попыток его преодоления. В дошкольном возрасте преобладают страхи животных, персонажей фильмов, сказок, или образов, придуманных взрослыми с целью «воспитательного запугивания». Для детей раннего школьного возраста более характерны страхи темноты, одиночества, разлуки с родными, страх за их жизнь и здоровье, боязнь школы. Встречаются в рамках невротических расстройств, реже – шизофрении.

Бредовые страхи возникают независимо от психотравмирующей ситуации, не поддаются коррекции, с переживанием скрытой угрозы со стороны живых и неодушевленных предметов, сопровождаются тревогой, настороженностью к окружающим лицам, ощущением опасности для себя и близких в действиях предполагаемых врагов. Могут сочетаться с другими симптомами психотического уровня (галлюцинации) и сопровождаться эпизодами психомоторного беспокойства и соматовегетативными нарушениями. Встречается при шизофрении, экзогенно-органических заболеваниях мозга и психогениях.

Ночные страхи возникают при пробуждении, во время ночного сна, в просоночном суженном сознании. При этом дети в испуге дрожат, кричат, что-то отгоняют от себя, на лице у них выражение страха, ужаса. Утром

наблюдается амнезия – ничего не помнят. Такие страхи встречаются при психогенных расстройствах, при дебюте расстройств эпилептического генеза.

Недифференцированные страхи – беспредметные, с соматовегетативным оформлением. Они отмечаются при дисцифальных кризах.

12.5. Синдром дисморфомании

Синдром проявляется болезненным убеждением о наличии у себя какого-либо воображаемого или переоцениваемого, утрируемого физического дефекта внешности или функции. В основном синдром встречается в подростковом и юношеском возрасте.

Ведущие симптомы: сверхценная или бредовая убежденность в своём физическом дефекте (форма носа, ушей, грудных желёз, ног и др.) – косметическая дисморфомания или в исходящем от тела неприятном запахе (кишечных газов, гнилостном изо рта, спермы и пр.) – парфюмерная дисморфомания.

Обязательные симптомы: гипотимно-напряжённый аффект, иногда достигающий степени выраженной депрессии, сенситивные идеи отношения и толкования, «симптом зеркала» - подчеркнутое чрезмерно длительное и внимательное разглядывание себя в зеркале или полный отказ смотреться в него. Симптом «фотографии» - уничтожение своих фото с целью избегания дополнительных травмирующих ситуаций; аутодеструктивное поведение с целью коррекции физических дефектов с помощью официальной, нетрадиционной медицины или самостоятельно; поведение избегания.

Дополнительные симптомы: обонятельные галлюцинации, сенестопатии, деперсонализационно-дереализационные расстройства.

Для синдрома характерна склонность к диссимуляции, которая имеет как бы частичный характер: в общении с психиатрами жалобы скрываются, тогда как в разговоре с хирургами, косметологами больные достаточно откровенны. Дисморфоманические переживания и идеи отношения приводят к сверхценному или бредовому поведению: прибегают к различным способам

маскировки «дефекта», стремятся скрыть его, уединяются от общения. На первый план выходит не сама дисморфоманическая идея, а необходимость избегать общества, в котором «уродство» вызывает внимание, удивление, насмешку. Порой встречаются суицидальные намерения. Таким образом имеется триада: идеи физического недостатка, идеи отношения, подавленное настроение.

Дисморфофобия – более лёгкая степень расстройства непсихотического уровня с навязчивым страхом невротического характера, связанным с якобы физическим недостатком и обычно сопровождается критическим отношением к переживаниям. Синдром встречается чаще у девушек, при акцентуациях характера и психопатиях; в виде реактивной дисморфомании, при шизофрении.

12.6. Синдром нервной анорексии

Синдром характеризуется преднамеренным упорным стремлением к качественному или количественному отказу от пищи и снижению веса. Чаще бывает у девочек.

Ведущий симптом: сверхценная или бредовая убежденность в избыточной массе тела.

Обязательные симптомы: сверхценное или бредовое поведение, направленное на снижение массы тела – ограничение или отказ от пищи, специальные физические нагрузки, вызывание рвоты, приём слабительных и др.

Дополнительные симптомы: отрывочные сенситивные идеи отношения, толкования, анорексия или подавляемая булимия, соматоэндокринные расстройства. В основе анорексии лежит дисморфоманическая идея «излишней полноты» и как следствие – стремление к исправлению «недостатка». На первых этапах аппетит длительно сохраняется, а воздержание прерывается приступами переедания. Периодически склонность к диссимуляции: приём пищи в одиночестве, незаметное избавление от неё. Пациенты тщательно

изучают калорийность продуктов. Борьба с весом происходит различными дополнительными методами.

Синдром анорексии проходит три этапа: дисморфоманический, анорексический, кахектический.

Дисморфоманический этап начинается с искажённого восприятия своего тела, при котором формируется «ужас ожирения», возникает установка на низкий вес.

Анорексический этап характеризуется стойким и упорным ограничением в еде вплоть до полного отказа.

Кахектический этап начинается с дефицита веса. Больные крайне истощены, сидят «крючком», кожа у них шелушащаяся, пигментированная, по всему телу – пушковые волосы. Могут появляться трофические язвы, пролежни, заеды, угасают витальные функции. На первый план выходят астенодинамические нарушения.

Встречается как самостоятельное психогенное заболевание пубертатного периода и при шизофрении.

12.7. Синдром психического инфантилизма

Это психическая незрелость, проявляющаяся нарушением темпа созревания психики с отставанием развития эмоционально-волевых свойств и форм реагирования личности. Они как бы соответствуют младшему возрасту.

Признаки: несамостоятельность, повышенная внушаемость, наивность, преобладание игровых интересов, стремление к удовольствию (нередко основная мотивация), беспечность, трудности в прогнозировании своего поведения и поступков, незрелость чувства долга и ответственности, уменьшенная способность подчинять своё поведение требованиям ситуации и группы, неспособность к волевому напряжению и преодолению трудностей. Это часто сочетается с незрелостью моторики, затруднениями в выполнении тонких действий (писать, вырезать), избыточность лишних движений, выраженным примитивизмом как вариантом интеллектуальной нормы. Первые

признаки инфантилизма обнаруживаются в младшем школьном и подростковом возрасте. Выделяют два варианта инфантилизма.

Простой вариант проявляется признаками психической незрелости, охватывающей все сферы деятельности с преобладанием эмоционально-волевой задержки. Такие дети повышенно беспечны, беззаботны, неустойчивы в играх. Им свойственна живость воображения, жизнерадостность. При сохранном интеллекте отмечается недостаточность интеллектуальных интересов с доминированием к играм и удовольствиям. При предъявлении к ним требований возникает дезадаптация, чаще проявляющаяся неуспеваемостью. Зачастую сочетается с признаками соматической незрелости, задержкой в росте, грацильным телосложением, без признаков диспластичности, аномалий органов и систем.

Осложнённый вариант сочетается с другими психопатологическими проявлениями.

В сочетании с психоорганическим синдромом отсутствует эмоциональная живость, яркость эмоций. Они эйфоричны, благодушны, расторможены, а эмоциональные проявления менее глубоки и дифференцированы. Интеллектуальная деятельность характеризуется инертностью, тугоподвижностью, персеверациями и нарушениями внимания, памяти, психической работоспособности.

При сочетании с церебрастеническим синдромом повышенная возбудимость, истощаемость, неустойчивость внимания, расстройства сна, аппетита, вазовегетативные проявления.

При сочетании с психоэндокринным синдромом черты инфантилизма сочетаются с симптомами того или иного гормонального расстройства.

Психический инфантилизм встречается как самостоятельное расстройство, при задержке развития головного мозга, при неглубоком органическом поражении, при социальной запущенности.

12.8. Синдром гебонности

Это непсихотическое расстройство юношеского возраста характеризуется сочетанием патологически преувеличенных, заострённых и видоизменённых пубертатных свойств (карикатурная оппозиционность) с аффективно-волевыми нарушениями и патологией влечений с социальной дезадаптацией. Все симптомы как бы вырастают из психологических свойств пубертата. Однако все проявления носят патологический характер. Гебонные проявления являются более глубокими, чем психопатические, достигая степени психотического уровня.

Ведущие симптомы: сверхценные образования, патологические влечения, явления стереотипий. В основе этих расстройств лежат изменения эмоций и воли, которые клинически трудно различимы, а их проявления искажены и диспропорциональны.

Сверхценные образования проявляются в абсолютном непонимании абсурдности своих занятий и высказываний. Занятия отвлечёнными проблемами принимают более односторонний характер, осуществляются с большой одержимостью. Эти занятия не обогащают личность, являясь непродуктивными. У больных в содержании занятий и высказываний отсутствует строгая система взглядов, глубокое понимание проблемы, они находятся под влиянием той микросреды, в которой постоянно пребывают.

Патологические влечения выражаются в получении удовольствия от унижения окружающих, в подчёркнутом проявлении оскорбительного высокомерия, примитивной гедонистической мотивации своих поступков, стремлении к немедленной реализации влечений. Утрированное внимание к своему внешнему виду сочетается с нарциссизмом. Сексуальная расторможенность достигает степени охваченности сексуальными переживаниями. Но это не повышенное сексуальное влечение, а «инфантильное коллекционирование партнёров»; это сверхценное стремление к самоутверждению, жажде власти.

Явления стереотипий выражаются в том, что поведение становится всё более бессмысленным и приводит к стереотипным поступкам, что проявляется даже в манере одеваться. В стремлении к оригинальности подражают эпатажирующим образцам, нередко до абсурда, но постепенно неадекватность принимает однообразный характер. Они перестают следить за собой, игнорируя личную гигиену, носят одну и ту же одежду. В моторике утрачивается естественность, движения становятся вычурными, стереотипными, изменяется почерк. В дальнейшем действия всё больше утрачивают смысл, приобретая характер отдельных стереотипий: могут часами раскачиваться, бросать нож в одежду родителей, подолгу перебрасывать одну вещь с руки на руку. Такая деятельность лишена заинтересованности, цели. Просьба объяснить свои действия вызывает затруднения.

В основе эмоционально-волевых нарушений лежит извращённость, диссоциация и парадоксальность проявлений. Снижается чувство эмпатии, сострадания, формируется «моральный дальтонизм». Доминирующими становятся немотивированная жестокость и злобность.

Гебоидный синдром чаще всего рассматривается в рамках подростковой вялотекущей психозфрении, встречается как самостоятельный вариант пубертатного криза, может входить в структуру формирующихся психопатий.

13. Ранний детский аутизм

Болезнь эта редкая. Степень её выраженности разная, а переходы к нормальному развитию плавные, поэтому число больных определить трудно.

Картина проявлений. Погружённость в себя (аутизм) и обусловленные им нарушения контактов. В тяжёлых случаях ребёнок не имеет контакта с окружающими людьми с начала жизни, и даже мать использует как объект. При этом создаётся впечатление, что у него нет никаких потребностей в таких отношениях, а если ему их навязывают или принуждают, он их отклоняет как нудные и отягощающие. С другой стороны, создаётся впечатление, что ребёнок

живёт оживлённой внутренней жизнью, к которой никого не допускает. Выражение его лица не производит слабоумного впечатления. Многие дети имеют примечательно красивое, но не по-детски взрослое лицо (лицо принца).

Типична исключительно сильная **объективная привязанность**, которая проявляется в выраженных случаях как стойкая сосредоточенность на определённого рода вещах, в лёгких случаях это ограниченные специальные интересы, что в основном соответствуют всей мыслительной активности ребёнка.

В тесной связи с привязанностью находится **страх перед переменами**, который в выраженных случаях приводит детей к панике, если они свои предметы находят не на прежнем месте. В лёгких случаях этот страх перемен выражается в склонности к ритуализации повседневной деятельности. Этому страху перемен соответствует необычная косность или тенденция к персеверациям.

Расстройства речи в типичных случаях так выражены, что практически не происходит никакого развития речи и понимания её. В лёгких случаях развитие речи хорошее, даже обгоняющее сроки, часто с неологизмами, ненатурально вычурными оборотами или постоянными повторениями слов или оборотов. В развитии речи примечательны запозданные или отсутствующие местоимённые обороты, как и запоздалое использование притяжательных местоимений.

Эти основные симптомы могут сочетаться с нарушениями интеллекта и моторных процессов. Различают две группы больных, названные по фамилиям авторов (тип Каннера и Аспергера).

Каннеровский тип аутизма характеризуется тяжестью симптоматики. Только немногие из этих детей могут научиться говорить, и то в ограниченном объёме. Их способность общения резко нарушена. Многие полностью погружены в себя, изолированы и не проявляют интереса к окружающим. Часто интерес ребёнка к некоторым предметам повышенный, предметы могут

пристально рассматриваться. Определяемый по возможности интеллект глубоко нарушен.

Аспергеровский тип представляет более лёгкую форму с различными вариантами. Эти дети вначале не привлекают внимания. Они рано начинают говорить, некоторые после периода задержки, но затем быстро его навёрстывают. Нарушение контакта происходит больше по типу отчуждения и ситуационно не оправдываемого поведения, что выражается в отсутствии почтительности и заботы о реакциях окружающих. Специальные интересы могут достигать степени выраженности «вундеркинда», хотя избирательные способности не распространяются на прочие знания и возрастные способности: они остаются только вербальными, а не применяются в деле. В пубертатном периоде такие дети более отчётливо проявляют своё иное бытие, чем их сверстники, они реагируют часто депрессиями и суицидальными идеями, но дело до суицида не доходит.

В выраженных случаях диагноз довольно прост и устанавливается рано (нередко до 3 лет) на основе нарушений контакта, задержки развития речи и характерного поведения. В лёгких случаях установить диагноз трудно. Дети с аспергеровским типом обращают на себя внимание только с начала учёбы, поскольку их своеобразие на фоне семьи остаётся терпимым. Если не все симптомы обнаруживаются, то говорят о психической задержке с чертами аутизма.

Течение заболевания зависит от интенсивности проявлений и результатов лечебных мероприятий. Улучшение бывает в редких случаях. Больные с типом Каннера в течение всей жизни нуждаются в попечении. При типе Аспергера социальное участие зависит от интеллекта и готовности окружения преодолеть аутизм и подготовить его к учёбе и полезной деятельности. Для таких больных нужно найти «социальную нишу». Социальная адаптация после пубертата улучшается настолько, что позже больные расцениваются как придурковатые чудаки. Многие декомпенсируются в пубертатном возрасте или у них

развивается типичный шизофренический психоз. Очевидно, аутизм – это не единая болезнь.

Лечение проводится исключительно педагогически-оздоровительное и психотерапевтическое.

14. Наркомании и зависимости

Влечение к наркотикам является психологическим предшественником зависимости и наркомании и проявляется в стремлении к бегству от невыносимой реальности в одурманивание. Чаще бывают «внутренние» причины такие, как стойкие неудачи и конфликты амбивалентного порядка, которые хочется заглушить, а затем – одиночество и утрата смысла жизни. Благодаря наркотикам достигается чувство приподнятости без реального улучшения ситуации. Непереносимость положения на время ослабевает, но не устраняется. Далее ситуация ещё менее переносима. Так возникает непреодолимое влечение к наркотикам (страсть) и всё большая зависимость. В наркотическом поведении очевидно саморазрушение, поэтому наркомания рассматривается как затяжной суицид, опьянение – как зачаток смерти. Одни наркоманы умирают от суицида, у других разрушается межличностное и социальное существование.

Наркомания и зависимость возникают при сочетании таких факторов, как актуальная ситуация трудностей и конфликтов с тенденцией к защите от них и к их избеганию, нарастающие изменения личности. Поведение наркоманов имеет в существе своём невротическую природу.

Самые разные отклонения в поведении человека могут привести к появлению у него зависимости и опасной наркотизации.

Сексуальная зависимость проявляется в настойчивом стремлении к сексу, которое связано с выраженным внутренним беспокойством, а также с господством сексуальных представлений и импульсов, нарастанием склонности к девиантным, сексуальным действиям.

Страсть к азартным играм уже была в старых культурах; в исламе на них наложен запрет. Захваченными играми оказываются большинство юношей и людей с низкими доходами, однако не все они влезают в долги. Один процент населения – это игроки. Оборот средств идёт на миллиарды. Во многих этих случаях определяется невротический генез, особенно нарцистический и эдипов комплекс. Многие играют, чтобы выиграть, а некоторые – чтобы проиграть. К азартным играм могут привести скука и пустота жизни. Многие ищут в игре снятие напряжения, как в наркотиках. Некоторые одновременно принимают и алкоголь и наркотики.

Зависимость от наркотиков. Тяга к наркотикам и медикаментам – это специфическая форма выражения наркоманического расстройства. К наркотическому влечению как невротически-деструктивному процессу присоединяется вредное действие наркотиков на организм. Поэтому такое влечение означает болезнь, как душевную, так и соматическую.

В число наркотических средств входят медикаменты и вещества, которые изменяют состояние (чаще снижают активность, чем повышают) и вызывают эйфорию, многие меняют способность к переживанию. Когда познаётся приятное действие, возникает желание его повторить. Зависимость означает утрату свободы, а вред здоровью заставляет прибегать к лечению.

Повторное применение наркотиков приводит к *привыканию*, которое выражается в психосоматических процессах: привыкание – это и психический, и соматический процесс. *Психическое привыкание* порождает наркотическое поведение; употребление наркотиков приводит к привыканию, когда развивается ритуал; в результате систематичности этих условий приходит в действие злоупотребление. Кроме того, добавляется *физическое привыкание*. При этом различается диспозиционное привыкание, при котором индукция ферментов приводит к повышению *толерантности*, и клеточное привыкание, которое заключается в снижении чувствительности поражаемых органов. Следствием этого является повышение доз наркотиков.

Таким путём достигается стадия зависимости. *Психическая зависимость* проявляется в невозможности перестать принимать наркотики. *Физическая зависимость* проявляется в симптомах *абстиненции* при попытках прервать или хотя бы уменьшить потребление. Эти физические и психические нарушения приводят к его новому приёму. Поэтому наркомания – прогрессирующий процесс, из которого пациент вряд ли может вырваться собственными силами.

14.1. Алкоголизм

Алкоголизм – это самая большая проблема наркоманий. Мужчины алкоголизируются в 6-7 раз чаще женщин. Развитие и распространение алкоголизма не имеет единой причины. Вначале надо рассмотреть действие алкоголя, который является не только средством получить удовольствие, но и психофармакологическим веществом с транквилизирующим эффектом. Алкоголь может подавить напряжение и страх, помогает бороться с унынием и неприятным самочувствием, преодолевать бессонницу. Употреблению и привыканию могут способствовать и социальные факторы: семейные традиции, профессии и объединения (вплоть до насильного питья) могут способствовать злоупотреблению. Наше общество позволяет умеренное употребление, не оценивая связанного с этим риска. Экспериментально установлено, что алкоголики очень зависят от внешних побуждений в употреблении спиртного.

Не менее важны *индивидуальные* условия пораженного, начиная с детского возраста: если в семье отец любитель выпить или алкоголик (или мать) – это может дать отрицательный пример. С *психодинамических* позиций к алкоголизму может привести невротическое развитие. При этом алкогольная зависимость объясняется как регресс либидо на оральной фазе. В анамнезе часто избалованность со стороны матери и отсутствие интересов со стороны отца.

Актуальные трудности и конфликты часто являются поводом использовать свойства алкоголя с целью найти облегчение и разрядку.

Возможно, есть наследственное предрасположение к алкогольной зависимости. Нейрофизиологические и нейрохимические показатели указывают на *генетические маркёры*. У части людей с алкоголизмом встречаются аномалии ЭЭГ и другие признаки минимальной мозговой дисфункции.

Развитие алкоголизма происходит по типу порочного круга. В ряде случаев несколько порочных кругов. *Фармакологически* привыкание приводит к повышению дозы и к проявлениям синдрома отмены, который преодолевается также с помощью алкоголя. *Психологически* к употреблению предрасполагают расстройства настроения и чувство неудовольствия; алкоголь в свою очередь, может заново содействовать развитию подобных чувств и ситуаций. *Социально* алкоголик чувствует себя под наблюдением и находит в этом основание для дальнейшего употребления спиртного. Алкогольные повреждения мозга с психоорганическими выпадениями могут так ослабить способность сопротивления и самооценки, что это снова приводит к усилению потребления алкоголя.

Ранние симптомы алкоголизма: ухудшение общего состояния, жалобы на желудочные и кишечные расстройства, нарушения сна, забывчивость, ослабление потенции, дрожание, судороги в икроножных мышцах, подёргивания в мышцах. Отмечается повышение гамма-глутаминтрансферазы. Диагностическую помощь может оказать краткий опросник по алкоголизму, если сам больной или его родственники не укажут на причину прихода к врачу.

В *психической сфере* следствием хронического алкоголизма являются алкогольные изменения личности: беспечно-оживлённое и умиротворённое настроение исчезает, сменяясь колебаниями настроения, эгоизмом и бесцеремонностью. Многие склонны к жульничеству, нечестности, у них появляется отвращение к работе; многие становятся криминально опасными. Алкоголь может высвободить, агрессивные, сексуальные и мазохистские импульсы. У многих развиваются органические мозговые психические нарушения. В то же время эта симптоматика хорошо редуцируется, если

удается воздержание. В прогрессирующих стадиях присоединяется снижение интеллектуальных возможностей, самой тяжелой ее степенью является деменция, ее особая форма – корсаковский синдром.

Могут развиваться острые психозы. В течении алкоголизма часты депрессивные нарушения, в том числе в период отвыкания. Это могут быть реакции на неблагоприятные жизненные условия и невротические депрессии или меланхолические фазы.

Социальные последствия – инвалидность, распад семьи, разводы, дорожные происшествия, отнятие водительских прав, криминальность.

В поздних десятилетиях жизни злоупотребление и зависимость снижаются. От суицидов погибает 10-20%. Имеется малая группа алкоголиков с явно сохраненным здоровьем, несмотря на длительное пьянство.

Наиболее частые причины рецидивов – это оставшиеся нерешенными жизненные проблемы, непреодоленные семейные или производственные конфликты и вытекающий из этого уход от трудностей.

14.2. Наркотическая зависимость.

Особого внимания заслуживает зависимость от наркотических веществ и медикаментов. Люди злоупотребляют опиатами, барбитуратами, психоаналептиками, психодизлептиками и другими веществами. Встречается переход к употреблению других психоактивных веществ. Это *поливалентное пристрастие* зависит от разной доступности и от того, что некоторые средства помогают снять абстиненцию при отсутствии принимаемого наркотика.

Наиболее рано человечество начало принимать опиаты (алкалоиды мака), так как они являлись самыми эффективными болеутоляющими средствами, но и одновременно и врагом из-за наркотических свойств.

Действие опиатов состоит в общем оглушении всех психических функций, особенно в подавлении дурного самочувствия. Настроение становится эйфорическим, реакции замедляются. Возникает ощущение отрешения от всего окружающего мира. Опиаты быстро вызывают привыкание,

возникает зависимость, что приводит к повышению дозировок. Редко встречается злоупотребление опиатами, которое не приводит к зависимости.

Стадия хронической интоксикации отличается выраженным повышением парасимпатических влияний: падение артериального давления, брадикардия, расстройства сна, миоз, постоянная усталость; далее – потеря веса, вплоть до кахексии, отсутствие аппетита, запоры, озноб, импотенция, дрожь, атаксия, смазанная речь, тускло-серая и желтоватая кожа, выпадение волос, карнес. Во время беременности у женщин с опиатной зависимостью чаще бывают осложнения: вред эмбриону и ранняя смерть ребёнка. В состоянии психики наблюдается снижение активности, аффективная лабильность и колебания настроения; интересы сосредоточиваются на наркотиках; больные запускают себя, становятся необязательными, склонными к нечестности, мошенничеству.

Диагноз, как правило, поставить нетрудно. Свежие следы инъекций подтверждают подозрения.

Проявления абстиненции различаются по силе и выраженности, но неизменно мучительны. Они могут сохраняться до двух недель. Каждая задержка приёма наркотика вызывает такие кризоподобные волны вегетативных нарушений, как тахикардия, полиурия, потливость, спазмы, диарея, дурнота, страх, бессонница, суицидальные импульсы. Редко бывает аменция или делирий.

Попытки больных самостоятельно, без посторонней помощи прекратить употребление или хотя бы уменьшить дозы удаются редко. Планомерное *отвыкание* даёт надежду на успех.

После *дезинтоксикации* идёт длительный процесс отвыкания в разных фазах, примерно так же, как при алкоголизме. Прогноз не столь благоприятный, но даже после длительного злоупотребления, повторных курсов лечения и рецидивов выздоровление ещё возможно. Показана длительная психосоциотерапия.

15. Шизофрения

Это хроническое эндогенное психическое заболевание, которое возникает преимущественно от пубертатного до инволюционного криза и имеет тенденцию к прогрессивному течению, которое приводит к своеобразному изменению личности, её несостоятельности с падением эмоционально-волевого тонуса, формированию интравертированности, нарушению стройности мышления до паралогичности и непродуктивности. Это наиболее часто встречающийся психоз после старческих психозов. Заболеваемость составляет 15-50 новых больных в год на 100 тыс. взрослых людей. Мужчины и женщины заболевают приблизительно с одинаковой частотой и у всех рас и культур. Наиболее часто начало отмечается в пубертатном возрасте (24%), а в детском от 0 до 11 лет - 8%. Раньше 10 и старше 50 возникает крайне редко.

Риск заболеваемости для родственников пробаанда 1-ой степени родства в 10 раз выше, а для родственников 2-ой степени родства - в 3 раза выше общепопуляционного. Наследственная природа подтверждается более высоким совпадением среди монозиготных близнецов.

У детей раннего возраста к факторам, провоцирующим начало заболевания, относят отрыв ребёнка от семьи или частая смена привычной обстановки. К провоцирующим факторам на ранних этапах, относят церебрально-органическую недостаточность, в связи с неблагоприятным течением беременности и родов.

Ведущую роль патогенеза отводят нарушению обмена веществ - эндотоксикоз от нарушения аминокислотного обмена и их производных - биогенных аминов, нарушению ферментных систем. Симптоматику связывают с относительным преобладанием дофамина по отношению к другим нейротрансмиттерам, в том числе с гиперактивностью или сверхчувствительностью дофаминовых нейронов. При компьютерной томографии отмечено увеличение боковых и III желудочка (10-50%) и атрофия коры (10-30%). У больных, у которых томография обнаруживает изменения, патология выражена лишь сильнее, чем у тех, где нет изменений. Чаще встречается патологическая ЭЭГ. По ВП снижена переработка

информации. В лимбической системе спайковая активность коррелирует с психотическим поведением.

Теория обучения. Считают, что больные будучи детьми, усваивают иррациональные реакции и способы мышления, подражая своим родителям, которые сами часто переживают эмоциональные трудности.

Психоанализ. Нарушение организации Эго, которое влияет на интерпретацию реальности и контроль внутренних потребностей в результате нарушения реципрокных отношений между младенцем и матерью. Начало заболевания в подростковом возрасте совпадает с тем, что субъекту в это время требуется сильное Эго для того, чтобы справиться с возрастающими внутренними потребностями, необходимостью отделиться, утвердить свою собственную личность и желание действовать независимо.

Преморбид: пассивность, мечтательность, интровертированность, спокойный характер. Не имеют друзей и свиданий. Избегают спортивных состязаний и участия в общественной жизни. Интерес к абстрактным идеям, философии, оккультизму, значительные странности в поведении, причудливая речь, эксцентричные идеи и изменения восприятия со странными ощущениями.

Врачи описывают странное интуитивное ощущение, что» они не могут установить эмоциональный контакт с больным.

Симптоматика. Шизофрения в проявлениях и течении очень сложна и чтобы расчленить многочисленные симптомы, следует использовать деление их на основные и дополнительные.

Основными являются расстройства мышления, амбивалентность и аутизм.

Дополнительные симптомы - бред, галлюцинации и кататонические расстройства.

Мышление при разорванности бессвязно и алогично. В некоторых случаях речь становится непонятной, она представляет не связанные между собой слова (окрошка). Разорванное мышление отличается вычурностью и абсурдностью, внутренней противоречивостью и связью с бредовыми переживаниями. Может быть обрыв мыслей, когда плавно текущий процесс мыслей внезапно прерывается в середине фразы. *Сделанные мысли* больной переживает как свой мир представлений, но они сформированы кем-то другим, принудительно. Противоположным является

отнятие мыслей: они отнимаются извне, может быть определённым человеком. Распад понятий: понятия теряют свои точные значения. Самые различные, часто несоединимые значения объединяются (контаминации). Например, «Господь Бог - это корабль в пустыне». Нарушения оценки переносного смысла слов определяется на основе трактовки известных поговорок. Характерно сосуществование упорядоченного и разорванного мышления, часто в быстрых сменах одного другим.

Возможна выраженная речевая активность, а возможна и речевая заторможенность, вплоть до мутизма. Характерна манерность речи, новообразование слов (неологизмы). Больные могут вставлять в ненарушенную речь неологизмы, или речь целиком состоит из них, и поэтому смысл невозможно понять. Манерность сказывается и на письменных выражениях: стиль ненатуральный, тяжеловесный, не соответствует уровню образования, выбор слов не соответствует содержанию и напыщенный. В почерке своеобразные формы букв, завитки, необычный порядок строк.

Восприятие нарушается у больных редко.

Аффективность нарушается многообразно и изменчиво. Состояние повышенного настроения может иметь маниакальный оттенок и производит впечатление несерьёзности и глупости, особенно у молодых больных. Они часто необузданные, расторможенные, шумные и бесцеремонные.

Депрессивные расстройства часты и многообразны. Эти расстройства часто зависят от обстановки, больных можно отвлечь и развлечь. Могут встречаться глубокие депрессии с суицидальностью, которые часто непредсказуемы.

Страх особенно часто определяет их переживания особенно в начальной стадии болезни. Позже страх определяется чаще бредовыми идеями, бредом преследования. С помощью страха больной отгораживается от сближения с другими, поскольку он не в состоянии поддерживать межчеловеческие отношения. В острых случаях страх всегда есть. К основным аффективным симптомам относится неадекватная аффективность (паратимия). Выражение аффекта в мимике, жестах и речевых оборотах контрастирует с тем, что больной переживает, и с тем, что он говорит. Больной может говорить о серьёзных и печальных событиях и при этом смеяться. Нарушена согласованность. Единство переживаний, согласованность внутреннего

состояния и его выражения. В поздних стадиях болезни преобладает застывание аффекта и бедность модуляций. В экстремальных ситуациях больные равнодушны и апатичны. При хорошем контакте обнаруживается, что за внешней маской безразличия скрывается живой и даже чувствительный аффект, проявления которого блокированы.

Амбивалентность - это переживания противоречивых эмоциональных реакций и противоположных стремлений. Больной одновременно плачет и смеётся. Оба чувства читаются на лице. Он переживает сразу страх и радость. Так, больная может называть себя в одной фразе и проституткой и святой. Поведение изменяется трудно описуемым образом, больной одновременно и любит человека, и презирает его. В бреде тоже могут господствовать несоединимые идеи.

Аутизм означает погружённость в себя и потерю реальности отношений. Он проявляется в пассивности; больной почти не принимает участия в делах окружающих. Аутичен также тот больной, который погружён в свои бредовые переживания и не может вести себя так, чтобы это соответствовало окружающей реальности. Он говорит с врачом, как если бы он был один, спрашивает что-то, не ожидая ответа и не обращая внимания на ответ. Он выражает желания, удовлетворение которых не будет иметь никакого результата. Он действует отстранённо и изолированно.

Расстройства личности («Я») происходят с разной силой и в разные периоды заболевания. Нарушения *витальности Я*, осознания собственной полноты жизни, происходят при кататоническом ступоре, ипохондрическом и нигилистическом бреде. Нарушения *активности Я*, осознания собственного настроения, переживаний мышления и действий, например, при бреде преследования и воздействия. Нарушение *согласованности Я*, осознания наличия у себя комплекса переживаний, разложения своей самостоятельности и деградации. Нарушения *отграничения Я*, больной чувствует, что его Я растворяется во «всё» или что всё, что случается вовне, чрезмерно могущественно. Нарушение *идентификации Я*, больной уверен, что он является выдающейся личностью и одновременно самим собой, что приводит к расщеплению личности.

Бред имеет особенности, в котором видно, как на тематике бреда сказывается мир переживаний больного. Он принадлежит сущности своего

бреда и не в состоянии перестроиться. Даже при отрешении от бреда у больного отсутствует *сознание болезни*. Он понимает свою изменённость не как болезнь; осознание происходит так, что болезнь кажется правильной реальностью.

Галлюцинации ни каком другом заболевании не имеют такого значения как при шизофрении. Чаще слуховые: слышат шумы разного рода, звон, свист, грохот, стуки, шаги и т.п. Как источник голосов называют лиц из своего прошлого или настоящего окружения. Часто это преследователи в рамках бреда, часто они со страхом. Реже голоса бывают дружественные. Услышанное состоит из отдельных слов или коротких фраз. Иногда больной разговаривает с голосами или слушает их, которые разговаривают между собой. Голоса могут комментировать действия больного. Реже встречаются **зрительные галлюцинации**. Больные чувствуют взгляд и голоса, направленные против него. **Обонятельные и вкусовые галлюцинации** включаются в страх возможного отравления при бреде преследования. В питье и еде больной обнаруживает привкус, он ощущает своеобразные запахи, считая их отравляющими веществами. **Обманы осязаний и телесных чувств** часты и многообразны. Они ощущают на себе воздействие электричества, магнетизма, облучения и др. Они ощущают жжение, уколы, удары, а во внутренних органах - жжение, рези, укусы. Ещё больше воздействий направлено на половые органы: рвущие боли, отнятие семени, лишение половой силы, а женщины чувствуют, что их насилюют, бесчестят. Телесные галлюцинации описываются совершенно абсурдным образом.

Кататонические симптомы относятся к двигательным и волевым нарушениям. При ступоре больной едва двигается и не говорит. Он воспринимает происходящие события, но не может в них участвовать. В ступоре особенно мучительны страх, бред и галлюцинации. С другой стороны, кататоническими симптомами являются психомоторное беспокойство и возбуждение. Больные постоянно в движении, бегают туда-сюда, делают разные гимнастические упражнения. Или становятся агрессивными, разрушают то, что попадёт им под руку, хватаются за больных и персонал или же наносят себе повреждения. В таком состоянии сознание больного может периодически слегка затемняться. Кататонические гиперкинезы обычно ритмического характера. Бывают стереотипные движения: стук пальцами,

хлопанье ладонями, кивки головой, стереотипная ходьба взад-вперед, потирание рук, чмоканье, гримасничание, отстёгивание-застегивание одежды, мастурбации и т.д. Имеются и стереотипии речи; повторение бессмысленных слов или фраз (вербигерации). Есть другие расстройства импульсов: негативизм и автоматическая подчиняемость, которые могут сменять друг друга. Больные могут находиться в состоянии ажитации и часто совершают импульсивные поступки. Примерно 50% совершают суицидальные попытки и 10% из них оказываются завершёнными.

Формы шизофрении делятся на четыре:

Галлюцинаторно-параноидная форма начинается позже других, чаще на четвёртом десятилетии.

Кататоническая форма при поздних началах встречается очень редко.

Гебефреническая форма чаще начинается в юношеском возрасте, при которой характерна расторможенность, нелепость поведения.

Простая форма развивается почти незаметно и в своём течении остаётся недраматичной. Когда больной попадает к врачу, позади у него много лет болезни. Обращает на себя внимание падение инициативы, больной запускает дела, слабеют его межчеловеческие связи, становятся аутичными. Показательны расстройства мышления.

Хороший прогноз бывает при позднем и остром начале, благоприятном преморбиде, наличии аффективных нарушений, параноидно-кататоническом течении, жизни в браке, хорошем состоянии внутренних органов, наличии периодичности, позитивных симптомах.

Выздоровление у 10-60% больных; у 20-30% продолжительно выявляются умеренные симптомы; у 40-60% тяжёлое расстройство приводит к краху всей жизни.

16. Эпилепсия

Это хроническое, склонное к прогрессированию, нервно-психическое заболевание множественной этиологии, единого патогенеза, проявляющееся пароксизмальными расстройствами и психическими нарушениями.

Эпидемиология. Начало в детском и юношеском возрасте; 77% до 20 лет. В общей популяции встречается в 0,2-0,8%. Наследственность по

аутосомно-доминантному типу (или полигенный) в 10 раз выше частоты спорадических случаев. После психотравмы у детей 0,1%.

Патогенез. Центральное место в церебральных механизмах принадлежат эпилептогенному и эпилептическим очагам. **Эпилептогенным** - называют локальные поражения мозга, являющиеся источником перевозбуждения окружающих нейронов, которые способны производит эпилептические разряды.

В развитии эпилептического очага роль принадлежит механизму периодического возникновения гиперсинхронизированного биопотенциала в определённой популяции нейронов (от чрезмерной деполяризации мембран). Наиболее часто эпиочаги в РФ передних отделов ствола, височных долях и связанным с ними гиппокампом, островковой долей.

Импulseция из эпиочага может вызывать вторичные очаги пароксизмальной активности (зеркальные). Вначале очаги зависимы, затем становятся стабильными, автономными и не затухают при выключении первичного очага. Эпиочаг дезорганизует деятельность мозга, а появление вторичных очагов является фактором прогрессирования процесса и возникновения психических расстройств. Структура с высоким уровнем возбуждения преодолевает механизмы регулирования собственной активности. Иногда вторичный очаг может стать независимым генератором.

Причиной эпилептической активности может быть увеличение кальция во внесклеточной среде, что деполяризует соседние нейроны. *Фаза медленного сна повышает активность эпиочагов.*

Патанатомия. У 90% находят органические изменения мозга в виде гибели части нейронов, фиброза оболочек, расширения желудочков мозга.

От 30 до 50% всех больных эпилепсией имеют значительные расстройства психической деятельности. При эпилепсии велико и число психозов, но главную проблему у них составляет расстройство личности.

Классификация

I. Парциальные (фокальные) припадки.

A. Парциальные припадки с элементарными симптомами (чаще без нарушения сознания):

- 1) с двигательными симптомами,
- 2) с сенсорными симптомами,

3) с вегетативными симптомами.

4) смешанные.

Б. *Парциальные припадки со сложными симптомами (с нарушением сознания):*

1) с нарушением только сознания,

2) с когнитивными нарушениями,

3) с аффективными симптомами,

4) с психосенсорными симптомами,

5) с психомоторными симптомами (автоматизмы),

6) смешанные формы.

В. *Вторично генерализованные парциальные припадки.*

II. **Генерализованные припадки.**

А. Абсансы (малые припадки).

Б. Миоклонус.

В. Младенческие судороги.

Г. Клонические припадки.

Д. Тонические припадки.

Е. Тонико-клонические припадки (большие).

Ж. Атонические припадки.

З. Акинетические припадки.

III. **Унилатеральные припадки.**

IV. **Неклассифицируемые припадки.**

Психические нарушения при эпилепсии подразделены на нарушения, связанные с самим припадком, и нарушения, появляющиеся между припадками.

Психозы. Психотическое состояние встречается более часто в межприпадочном периоде, которое напоминает шизофрению, причём у лиц с височной эпилепсией чаще, чем при наличии других очагов. Они обычно возникают у больных, страдающих в течение многих лет. Появлению психоза часто предшествуют изменения личности. Наиболее часто симптомами являются параноидный бред и галлюцинации (слуховые чаще) при ясном сознании. Может быть эмоциональное уплощение, однако часто больные сохраняют эмоциональную теплоту и адекватные аффективные переживания. При органическом типе нарушений мышления преобладают нарушения

обобщений. Аффект и личность страдают меньше, чем при хронической шизофрении. С течением времени эти больные начинают походить на больных с органическими поражениями мозга, т.е. когнитивные нарушения у них преобладают над нарушениями мышления.

Аффективные психозы или расстройства настроения наблюдаются не так часто, как шизофреноподобные психозы. Однако, аффективные психозы протекают эпизодически и более часто встречаются. О важной роли расстройств настроения при эпилепсии можно судить на основании большого числа суицидальных попыток.

Наиболее типично изменение личности - поляриность аффекта в виде сочетания аффективной вязкости, склонности застревать на отрицательно окрашенных аффективных переживаниях и аффективной взрывчатости с большой силой аффективного разряда. Эгоцентризм с концентрацией интересов на своих потребностях и желаниях, аккуратность, ипохондричность, сочетание грубости и агрессии к одним и угодливости к другим лицам. Патология инстинктов и влечений (повышение влечений, с чем связана жестокость и агрессивность) и темперамента (замедление психических процессов, хмурое, угрюмое настроение). Менее специфичны: замедление и тугоподвижность мышления, склонность к детализации, снижение памяти по эгоцентрическому типу.

Тенденция к многословию, обстоятельности и чрезмерности, очевидная в разговоре, отражается и в письме. Религиозность больных часто бывает удивительной и может проявляться не только во внешней религиозной активности, но также в необычайной поглощенности моральными и этическими проблемами, размышлениями над тем, что хорошо и что плохо, и в повышенном интересе к глобальным и философским проблемам.

Многие больные не страдают расстройствами личности, у некоторых отмечаются расстройства, сильно отличающиеся от описанного выше.

Исход. Спонтанное выздоровление в 3-5% случаев, иногда до 10%. Исход в слабоумие - в 50%. При болезни 20 лет и более - деменция у 75%.

Противоэпилептическая терапия снижает неблагоприятный прогноз. Если эпилепсия началась в раннем возрасте то слабоумие в 3 раза чаще чем при начале в старших возрастах. Локализация очага в доминантном полушарии сопровождается менее благоприятным, непрерывно-прогредиентным течением.

18. Аффективные психозы (маниакально-депрессивный психоз)

Аффективные психозы – это душевные заболевания, которые проявляются расстройствами чувств, настроения и потребностей в полярно противоположных формах, таких как меланхолия или мания. Они протекают ограниченными во времени фазами, которые дают ремиссию, без существенных изменений личности. Меланхолические фазы встречаются чаще маниакальных. Болезнь начинается в 30–40 лет. Первая маниакальная фаза бывает реже, чем первая меланхолическая. Биполярные психозы возникают раньше, чем униполярные. Аффективные психозы возникают самое раннее в препубертатном возрасте, но и в этом возрасте они чрезвычайно редки. В семьях больных с аффективными психозами встречается больше родственников с подобными заболеваниями, чем у населения в целом: у однойцевых близнецов – 70%, у двуяйцевых – 20%. По данным генетических исследований наследственный фактор реален, но не может объяснить полностью этиологию заболевания.

Меланхолическая фаза. В современной классификации используется термин «депрессивный эпизод». В клинической картине обнаруживается следующее: выражение лица серьёзное, больной отвергает подбадривание и шутки, взгляд выражает часто тревогу и одновременно отрешённость, отсутствие внимания ко всему, что происходит вокруг. Самое примечательное – это бедность движений, которая идёт в паре с трудом подавляемым «внутренним» беспокойством. Мимика, жесты и речь отражают напряжённость, нерешительность и чувство безнадежности. Тем, кто знал больного в здоровые периоды, бросается в глаза уединение, сдержанность и смущённость.

Переживания меланхоликов не поддаются оценке в нормальных психологических категориях. К ним можно только примерно приблизиться. Больному по окончании фазы трудно бывает описать пережитое состояние. Оно ему кажется чуждым и непонятным и одновременно столь тяжёлым и

подавляющим, что он, если бы это от него зависело, предпочёл бы любой другой период своей жизни.

Меланхолическое настроение не сходно и даже не имеет ничего общего с печалью. Больной скорее скажет: окаменелое, равнодушное, пустое, неживое, мёртвое, выгоревшее. «Во мне всё оборвалось и умерло». Многие настойчиво говорят, что они не могут быть печальными и плакать; даже при несчастьях в семье они не печалются. Одни больные тяжело от этого страдают, другие определяют себя скорее как печальными, а некоторые могут даже плакать. Это происходит в начале и в конце меланхолической фазы и при лёгких меланхолиях; в остальном они характерны для иных депрессивных состояний.

Окаменелость и пустота причиняют ущерб всей аффективности. Дружбу, сочувствие, любовь или другие эмоции больной не может или почти не может испытывать. Меланхолик не расстроен, а скорее придавлен. Невозможность чувствовать и переживать – это диагностически важные признаки меланхолии, это не краевые феномены, они принадлежат ядру меланхолических переживаний. При этом бесчувственность тяжело переносится, ощущается застенчивость, отсутствие любви переживается как переживание отчуждённости (деперсонализация).

Большинство говорит спонтанно или в порядке ответов на вопросы о чувстве страха. Они чувствуют меньше угрозу, а скорее подавленность или придавленность, что связано с заторможенностью и нарушением переживания времени. Всё вызывает у него подавляющий страх от обязанностей, которыми он пренебрегает, которые кажутся ему недостижимыми и непреодолимыми.

Больной не может собраться с мыслями, не может на что-то решиться, у него нет никакой инициативы, никакого порыва, никакой радости от труда, ничто не идёт ему в руки, каждое действие причиняет мучения, особенно по утрам, «как мёртвый в замкнутом пространстве». Упущения, которые возникают из-за этого, переживаются с чувством вины и мучения. В самых тяжёлых случаях наступает депрессивный ступор: больной безучастен и почти

неподвижен, он едва говорит, но не проявляет внутренней напряжённости и каталепсии, свойственных кататоническому ступору. С заторможенностью часто связано мучительное внутреннее беспокойство в области груди или во всём теле. Оно распознаётся по поведению, в частности по лихорадочным движениям или невозможности оставаться на одном месте, тогда говорят об агитации. Она часто связана с чувством страха и может проявляться в громких жалобах. Больные одновременно и заторможены, и суетливы.

Мышление однообразное и непродуктивное, оно вращается вокруг меланхолических страхов. Многие жалуются на забывчивость и нарушение концентрации внимания.

Расстройства восприятий большей частью лёгкие: больной слышит всё как бы издали или же неуверенно оценивает отдалённость звуков. Лёгкие симптомы навязчивости нередки.

Больной переживает предстоящее время как бесконечно затяжное, и одновременно оно протекает незаметно для больного. Нарушено внутреннее чувство будущего, временности. Будущее закрыто для больного. Меньше страх перед смертью, чем перед продолжением такой жизни.

Суицидальность характерна для большинства меланхоликов в течение длительного времени.

Меланхолический бред. Больные не ценят себя, считают себя виноватыми и ничтожными. Многие обвиняют себя в тех или иных упущениях и ошибках. Они необоснованно приписывают себе виновность. Меланхолический бред тематически может быть не оформлен, а может быть бессодержательным: вина и ничтожность без всяких комментариев. У многих бывают представления об обнищании и бред обнищания, бывают ипохондрические опасения и бред болезни. Бывает нигилистический бред: больной оспаривает своё бытие или наличие у себя души, в лучшем случае его существование кажущееся. Иногда отрицается и существование живых родственников. Больной может чувствовать себя настолько виноватым, что его терзает мания преследования.

Соматические и вегетативные нарушения всегда есть при меланхолии: постоянная усталость, никакого отдыха после сна, бессонница и недостаточная глубина сна, отсутствие аппетита и запоры, чувство тяжести на груди и в области живота, голова налита свинцом, шея сдавлена, давление вокруг головы, чувство беспокойства в груди, животе или реже в голове. У женщин прерываются менструации, у мужчин падает или исчезает потенция. Иногда вегетативные функциональные нарушения доминируют столь сильно, что говорят о вегетативной депрессии.

Меланхолическая симптоматика колеблется в своей выраженности на протяжении дня: нередко она больше выражена ранним утром и до обеда, после обеда и к вечеру наступает некоторое просветление. Они встречаются у трети больных. Бывает ухудшение во второй половине дня.

Выраженную меланхолию распознать нетрудно. Лёгкие и средней тяжести случаи можно просмотреть. Наиболее важные признаки следующие: особенно нарушены побуждения, больные говорят о безрадостности, отсутствии мужества, утрате энергии, они воспринимают состояние как изменённое переживание времени.

Редкие в детском возрасте меланхолии часто не поддаются диагностике, так как фазы короткие. В возрасте полового развития немотивированные колебания настроения проходят необычно, можно определить как начало аффективного психоза.

Маниакальная фаза распознаётся по повышенному настроению, повышению побуждений и ускоренному мышлению.

Настроение маниакальных больных описывается как приподнятое. Маниакальный больной страдает избытком чувств, желаний и импульсов. Он заражает своей весёлостью и шутливостью, открытостью и вдохновением. Однако многие бывают возбуждены и требовательны, склонны к спорам и агрессии.

Усиление побуждений проявляется в излишней живости, усилении двигательной активности и в неустойчивом стремлении к деятельности. Поэтому маниакальных больных с трудом переносят окружающие. Их расторможенность может проявляться в потере чувства стыда, в грубых шутках, в сексуальных претензиях и любовных предложениях.

Скачка идей – это типичное расстройство мышления при мании. Больной постоянно высказывает всё новые приходящие ему в голову мысли, которые поверхностны и непонятны. Часто они связаны между собой рыхло словесными или чисто звуковыми ассоциациями. В то же время больной замечает всё, что происходит вокруг него, перескакивает с одной темы на другую и не в состоянии довести до конца мыслительный процесс. Многие наряду с речевым потоком составляют список письменный. В остальном они сохраняют память и способность к мышлению; их сознание остаётся ясным. Содержание скачущего мышления связано с повышенной деятельностью и переоценкой собственной значимости. Больной представляет себя как высокоинтеллектуального человека; он может решить все проблемы, говорит о революционных преобразованиях, мировоззренческих и политических усовершенствованиях, больших финансовых мероприятиях, коммерческих учреждениях и несоразмерно далеко идущих планах.

Поскольку больные не имеют никакой критики к их состоянию, они склонны к реализации своих идей величия, например, многие что-то покупают, делают заказы, влезают в долги, соседей по палате называют своими компаньонами. С прекращением маниакальной активности критика восстанавливается постепенно, из-за чего у получающего медикаментозное лечение ещё долго сохраняется опасность несобдуманных действий.

После окончания фазы переоценка ценностей зависит от степени тяжести фазы. После лёгкой мании у ряда больных остаются положительные оценки. Однако многие маниакальные состояния оцениваются задним числом как постыдные, особенно если сопровождалась ссорами, финансовыми потерями

или другими осложнениями. Иногда больной может видеть после мании разруху и проявить суицидность.

Течение фаз. Длительность меланхолических фаз различна. Около 40-50% случаев фазы длятся до трёх месяцев, 25-30% - до года, в 20-25% - свыше года. Многие меланхолики после окончания фазы возвращаются к повседневной жизни, возобновляя свои дела. Однако нередки трудности в восстановлении межлических, социальных и трудовых взаимоотношений. Крайности есть в длительности фаз – от нескольких дней до нескольких лет. Длительность свыше двух лет говорит о хронической депрессии.

Течение маниакальной фазы имеет меньшую определённости: она в среднем короче депрессивной. Маниакальная фаза может присоединиться в лёгком и коротком виде к окончанию депрессии. При маниакальной фазе наблюдается также депрессивная предстадия.

Длительность интервалов между двумя фазами различна. Она бывает от нескольких дней до нескольких десятилетий. Длительность цикла, т.е. промежутков времени между началом одной фазы и следующей за ней, в начале болезни при **униполярной** меланхолии составляет от 4 до 5 лет, при **биполярных** психозах 3-4 года.

Осложнением в течении аффективных психозов – злоупотребление алкоголем, вплоть до стадии зависимости, у маниакальных больных чаще, чем у униполярных меланхоликов. Некоторые больные пьют только во время фазы, у других развивается типичный алкоголизм.

18. Дегенеративные заболевания мозга и старческие деменции

18.1. Болезнь Пика

Это прогрессирующее мозговое заболевание, которое наступает между 50-60 годами, иногда раньше. В ряде случаев предполагается аутосомное наследование, но в большинстве случаев заболевание спорадическое.

Патологическая анатомия заключается в дегенерации лобных и височных отделов мозга. Атрофия определяется макроскопически. Гистологически устанавливается исчезновение ганглиозных клеток, особенно клеток с аргирофильными включениями. Отмечается повышение уровня цинка в мозге.

Болезнь начинается с изменений личности: огрубление эмоциональных побуждений, эйфорическое настроение, ослабление руководства поведением, затруднение способностей комбинаторики, а позже нарушения памяти и мышления. К концу болезни больной становится совершенно аспонтанным. Течение неуклонно прогрессирующее. Через 6-8 лет болезнь приводит к смерти. В большинстве случаев больных необходимо содержать в закрытых психиатрических отделениях.

18.2. Хорея Гентингтона

Клиническая картина хореи заключается, с одной стороны, в нарушениях движений, а с другой – в различных психических изменениях, которые требуют психиатрического лечения.

Наследственная природа достоверно установлена: наследование доминантное, порочный ген локализуется в коротком плече 4-ой хромосомы. Вероятность заболевания у детей пациентов составляет 50%.

Мозговая атрофия в первую очередь поражает хвостатое тело, также скорлупу и бледный шар, позже – другие участки мозга. Гистологически определяется дегенерация нервных клеток, особенно неостриатума при увеличении ядер астроцитов и разрастании соединительной ткани.

На фоне снижения мышечного тонуса возникает постоянное двигательное беспокойство, вплоть до гротескно выраженных движений конечностей, возникающих причудливо и протескающих атипично; может вовлекаться мускулатура лица и туловища, речь неартикулируемая, смазанная и в конце концов непонятная. Наблюдается также гипотонически-гиперкинетический экстрапирамидный синдром, и уже внешне больной выглядит больным и истощенным.

Психическая симптоматика часто наступает раньше неврологической и соответствует вначале органическим изменениям личности. Прогрессирование болезни приводит к психоорганическому упадку активности и к деменции. Реже встречаются психозы с депрессивной и параноидно-галлюцинаторной симптоматикой.

Болезнь чаще начинается между 40 и 50 годами, очень редко – в детстве. Вначале возникают возбуждённость и расторможенность влечений, расстройства настроения и безудержность. Болезнь неудержимо прогрессирует. Больной становится всё более дементным, беспомощным и нуждается в уходе. По прошествии нескольких лет болезнь ведёт к смерти. В начальных стадиях болезни просматривается. Если гиперкинезы слабо выражены, то они расцениваются как неловкость. Психические особенности вначале расцениваются как психопатия или начало психоза. Но тщательный семейный анамнез указывает на правильный диагноз.

18.3. Болезнь Паркинсона (дрожательный паралич)

В основе болезни лежит системная атрофия бледного шара и чёрной субстанции. Болезнь возникает спорадически или передаётся по наследству. Мужчины болеют чаще.

В чёрной субстанции наблюдается дегенерация меланинодержущих допаминергических клеток. Биохимически: допаминовая недостаточность в скорлупе, где нарушен синтез допамина вследствие снижения активности ферментов.

Болезнь начинается на шестом десятилетии и течёт медленно и прогрессирующе. Симптоматика состоит из триады: моторных, вегетативных и психических нарушений. Моторная симптоматика включает оцепенение, дрожание и акинезию. Вегетативные расстройства: гиперсаливация, чувство жара и потливость. Психические симптомы такие: недовольно-депрессивное настроение, слабость побуждений и обеднение психомоторных проявлений, общее замедление психических функций. Нарушения интеллекта выражены

слабо или отсутствуют. Депрессивные расстройства у этих больных могут достигать степени психоза с меланхолическими включениями.

18.4. Деменция Альцгеймера

Если атрофия мозга в позднем возрасте резко выражена или рано начинается, то такая болезнь называется деменцией Альцгеймера. Предполагается аутосомно-доминантное, в том числе мультифакторное наследование. При генетических исследованиях открыли изменение в 21-й хромосоме, а также в 19-й хромосоме.

Патологоанатомически определяется диффузная атрофия коры мозга, преимущественно лобно-височной и затылочно-теменной. Гистологически обнаруживаются альцгеймеровские фибриллы, сенильные бляшки и распад дендритов, а также ангиопатии в лимбической системе и в теменно-височных областях.

Вначале снижается внимание и способность подбирать нужные слова. Позже снижаются все объективные функции, а также память на прошлое. Далее развивается типичный и выраженный синдром деменции. Аффективность и поведение могут долго сохраняться. Позже многие больные становятся эйфоричными. Больные, у которых сохраняется самооценка, страдают от своего дефекта.

Болезнь протекает с постепенным началом и медленно прогрессирует. Объективную картину даёт компьютерная томография, хотя в начальных стадиях нерегулярно, а в поздних стадиях в ней уже нет необходимости. Старческая деменция имеет разные причины. Болезнь Альцгеймера составляет около половины всех случаев, остальные – это сосудистые заболевания мозга и реже другие заболевания (интоксикации, нарушения обмена веществ, эндокринные заболевания, авитаминозы, инфекции). Для болезни Альцгеймера характерны ранние расстройства внимания, а также речи и творчества.

18.5. Сосудистая деменция

Психические нарушения вследствие сосудистых заболеваний и других расстройств кровообращения часты. Риск развития церебральных расстройств кровообращения велик. Экстракраниальная обусловленность мозговых расстройств кровообращения в основном состоит из изменений шейно-черепных сосудов. Микроангиопатии – наиболее частая причина хронической сосудистой деменции.

Сосудистая деменция развивается не драматически, а начинается с неприятных субъективных ощущений и лёгких психических выпадений. В начальной стадии ощущения следующие: мучительная усталость с извращением сна, тупые или напряжённые головные боли и несистематические головокружения (забитая голова), шум, напряжённость, возбудимость и угрюмость. Неприятные ощущения усиливаются, когда больной испытывает нагрузки и эмоциональное напряжение, с которым он не в состоянии справиться (возбудимая слабость).

Болезнь приводит к органическому психосиндрому. Вначале развиваются аффективные расстройства, такие как недержание аффекта и расстройства настроения, более выраженные, чем при деменции Альцгеймера. Расстройства памяти часты. В дальнейшем течении присоединяются другие психоорганические симптомы. Сознание болезни сохраняется, но в дальнейшем теряется с падением способности критики. Далее возникают органические психозы, большей частью с состоянием спутанности. Конечная стадия с утратой индивидуальности, дезориентировкой и моторным беспокойством в форме бессмысленной возни, однообразных хватательных и дёргающих движений сочетается с другими процессами мозгового упадка.

Неврологические данные имеют диффузный характер, если это не следствие инсульта. Важнее, чем остальные особенности, видеть следствие общей картины болезни во внешнем поведении и характере движений: поза согбённая, движения неуверенные, походка тяжёлая и шаркающая,

двигательный аппарат как бы застывший, вплоть до выраженных симптомов паркинсонизма. Зрачки относительно узкие, иногда разные по величине, их реакция на свет вялая. Имеются разные показатели рефлексов и пирамидные симптомы.

Острые мозговые расстройства могут возникать в молодом и среднем возрасте, а сосудистая деменция – это характерное возрастное заболевание, даже если оно начинается на 60-м году жизни. Течение в отношении прогрессивности разное, могут быть периоды остановки и стабилизации. Для диагноза решающей является клиническая симптоматика.

19. Учение о стрессе

Стресс – это неспецифический ответ организма на любое предъявляемое ему требование. Неспецифический – это значит, что каждое предъявляемое организму требование своеобразно или специфично. Так, от холода мы дрожим, чтобы выделить больше тепла и согреться – кровеносные сосуды кожи суживаются и потери тепла с поверхности тела уменьшаются. На солнцепёке мы потеем, это охлаждает нас. Бег вверх по лестнице предъявляет повышенные требования к сердечной мышце. Сердцебиение учащается, давление крови повышается, расширяются сосуды, улучшается кровоснабжение мышц. Эти специфические эффекты вызывают и неспецифическую потребность, которую Г.Селье назвал адаптационным синдромом (необходимостью осуществить приспособительную функцию своего организма и тем самым восстановить нормальное состояние). Эти функции независимы от специфического воздействия.

Так, каждое лекарство и гормон обладает специфическим действием, однако независимо от того, какое изменение в организме вызывается, все эти агенты имеют нечто общее – они предъявляют требования к перестройке организма. Это требование и есть неспецифическое.

С точки зрения стрессовой ситуации не имеет значения, приятна или неприятна ситуация, с которой мы столкнулись, суть состоит в том, что существует интенсивная потребность в перестройке или адаптации. Требуется адаптация женщине, которой сообщили неприятное известие об её ребёнке, студенту, сдающему экзамен.

Неспецифичность реагирования проявляется в том, что там, где действует стрессор, начинает наблюдаться общий адаптационный синдром, который включает в себя фазы:

- 1) тревоги;
- 2) сопротивления;
- 3) истощения.

Каждая болезнь сопровождается этими фазами. Стресс, являясь адаптационной реакцией, имеет свои плюсы и минусы. Он даёт возможность сопротивляться и мозгу и телу человека в виде такой реакции, которая открывает новые возможности адаптации к условиям жизни.

Исследования показывают, что если человек или животное переживает стресс, то появляются возможности для построения новых вариантов поведения. При этом физиологические механизмы стресса основаны на том, что при реакции *тревоги* возбуждается симпатическая нервная система. Гипоталамус посылает химический сигнал – кортиколиберин – в гипофиз, заставляя его усиливать выделение адренокортикотропного гормона (АКТГ), который попадая с кровью в надпочечники вызывает выделение ими кортикостероидов, которые подготавливают организм к действию и к возможной борьбе с повреждающими факторами. Можно измерить стрессовую реакцию по уровню кортикостероидов в крови.

На стадии **сопротивления** организм мобилизует свои ресурсы, чтобы преодолеть стрессовую ситуацию. При большинстве болезней или травм к поражённому участку направляются антитела. При психологических стрессах симпатическая система готовит организм человека к борьбе или бегству и

каждый человек проходит через эти стадии множество раз. Если сопротивление организма оказывается успешным, то организм возвращается к нормальному состоянию. Если стрессор продолжает действовать, то ресурсы организма могут истощаться.

При психологическом стрессе **истощение** принимает форму нервного срыва, иногда это приводит к психическому заболеванию или психосоматическому расстройству.

Достаточно подробно исследованы и описаны причины стрессового напряжения и его признаки, известны перемены в жизни, которые являются сильнейшими стрессорами для человека.

Признаки стрессового напряжения:

1. Невозможность сосредоточиться на чём-либо.
2. Слишком частые ошибки на работе.
3. Ухудшение памяти.
4. Слишком частое возникновение чувства усталости.
5. Очень быстрая речь.
6. Довольно частые боли головы, спины, желудка и др.
7. Повышенная возбудимость.
8. Работа не доставляет прежней радости.
9. Потеря чувства юмора.
10. Резко выросшее количество выкуриваемых сигарет.
11. Пристрастие к алкогольным напиткам.
12. Постоянное ощущение недоедания.
13. Пропадает аппетит – вообще потерял вкус к еде.
14. Невозможность вовремя закончить работу.

Причины стрессового напряжения

1. Гораздо чаще вам приходится делать не то, что хотелось бы, а то, что входит в ваши обязанности.
2. Вам постоянно не хватает времени – не успеваете всё сделать.

3. Вас постоянно что-то или кто-то подгоняет, вы куда-то постоянно спешите.
4. Вам начинаст казаться, что все окружающие зажаты в тисках внутреннего напряжения.
5. Вам постоянно хочется спать – никак не можете выспаться.
6. Вы видите чересчур много снов, особенно когда устали за день.
7. Вы очень много курите.
8. Потребляете алкоголя больше, чем обычно.
9. Вам почти ничего не нравится.
10. Дома у вас постоянные конфликты.
11. Постоянно ощущаете неудовлетворённость жизнью.
12. Влезаете в долги, даже не зная, как с ними расплатиться.
13. У вас появляется комплекс неполноценности.
14. Вам не с кем поговорить о своих проблемах, да и нет желания.
15. Вы не чувствуете уважения к себе – ни дома, ни на работе.

Очень трудно предугадать, какой фактор вызовет стресс, поэтому этот термин относится ко многим условиям жизни. Постоянно испытывают давление со стороны своих клиентов бизнесмен, банкир, служащие аэропорта, водитель транспорта, учитель, спортсмен, муж, наблюдающий за тем, как умирает его жена. Все эти люди испытывают стресс, факторы его – стрессоры – различны, но все они запускают одинаковую реакцию стресса.

Такие, казалось бы, несовместимые агенты, как лекарства, гормоны, печаль, радость, вызывают в организме одинаковые биохимические сдвиги.

Стресс не является синонимом дистресса, то есть горя, несчастья, недомогания, истощения, нужды. По мнению Г.Селье, стресс – это не просто нервное напряжение. Многие склонны отождествлять стресс с нервной перегрузкой или сильным эмоциональным возбуждением, но это не так. Стрессовые реакции, по мнению Г.Селье, присущи низшим животным, которые не имеют нервной системы. Переживают стресс и растения. Более того, в

хирургии хорошо известен стресс наркоза, который приводит к нежелательным отключениям сознания больного.

Стресс не всегда результат повреждения, это надо обязательно иметь в виду. Часто стрессор приятен, и совершенно неважно для возникновения стресса, каков будет результат его воздействия – приятный или неприятный. Эффект воздействия стрессора зависит от интенсивности требований к приспособительной способности организма. Только дистресс всегда неприятен. Обычно люди говорят о стрессе, когда имеется в виду чрезмерный стресс – дистресс, когда человек переживает горе, недомогание.

Уровень физиологического стресса наиболее низок в минуты равнодушия, но всё равно никогда не равен нулю. Даже в состоянии полного расслабления во сне человек испытывает стресс: его сердце перекачивает кровь, кишечник переваривает пищу, даже мозг не отдыхает полностью – каждый видит сны. Мир, в котором мы живём, чрезмерно изменчив. Он изменяется по всем параметрам: физическим, социальным, психологическим.

Нет смысла избегать стресса, есть смысл относиться к нему с уважением и пониманием. Г.Селье считает, что полная свобода от стресса означает смерть. Стресс не обязательно приводит к разрушению организма. Он только создаёт необходимый уровень активации для осуществления адаптационной деятельности. Если обозначить отсутствие раздражителей словом «депривация», а крайне приятной – словом «чрезмерное возбуждение», то возможная диаграмма будет показывать, что и депривация, и избыточное возбуждение будут сопровождаться равным уровнем возрастания стресса вплоть до дистресса. Есть два способа выживания: борьба и адаптация. Адаптация нужнее, она чаще ведёт к успеху, достигая разных степеней совершенства, тогда как борьба может вести к взаимному уничтожению организмов. Наиболее грубая форма адаптации – взаимное безразличие, сосуществование. Развитие адаптации в животном мире привело к сотрудничеству. Оно упорядочило и дисциплинировало отношения

между особями. У людей в процессе эволюции возникла наиболее тесная взаимозависимость.

У каждого человека есть свои стремления, которые часто становятся источником стресса; стресс, вызванный необходимостью уживаться друг с другом, главная причина дистресса.

Межличностные отношения людей, несмотря на многочисленные этические, религиозные, политические и другие кодексы, остаются неудовлетворительными. Развитие человека позволяет ему с помощью логики решать многие проблемы выживания, в межличностных же отношениях преобладает действие не логики, а эмоций, которые могут завести в нелепую или глупую ситуацию.

Список использованной литературы:

1. Бухановский А.О. Общая психопатология: Пособие для врачей/ А.О. Бухановский, Ю.А. Кутявин, М.Е. Литвак.- Ростов н/Д.: Феникс, 2000.- 416 с.
2. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий./ П.Б. Ганнушкин. - М.: Медгиз, 1933. - 348 с.
3. Каплан Г.И. Клиническая психиатрия: В 2 т./Г.И. Каплан, Б.Дж. Сэдок.- М.: Медицина, 1994.
4. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология./Б.Д. Карвасарский.- Л.: Медицина, 1982.- 271 с.
5. Ковалёв В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей./В.В. Ковалёв.- М.: Медицина.1995.- 560 с.
6. Леонгард К. Акцентуированные личности. / К.Леонгард.- Киев.: Вища школа, 1981.-390 с.
7. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков./А.Е. Личко.- Л.: Медицина. 1983.- 255 с.
8. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика./В.Д. Менделевич.- М.: ТОО «Технолит»: Медицина. 1997.- 496 с.
9. Мясисцев В.Н. Личность и неврозы./В.Н. Мясисцев.- Л.: Медицина,1960.- 264 с.
10. Попов Ю.В. Современная клиническая психиатрия./Ю.В. Попов, В.Д. Вид.- М.: Экспертное бюро-М, 1997.- 496 с.
11. Пятницкая И.Н. Наркомании: Руководство для врачей./И.Н. Пятницкая.- М.: Медицина, 1994.- 544 с.
12. Свядош А.М. Неврозы/А.М. Свядош.- М.: Медицина, 1982.- 366 с.
13. Сёмкс В.Я. Исторические состояния/В.Я. Сёмкс.-М.: Медицина,1988.- 225 с.
15. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста: Избранные главы./Г.Е. Сухарева.- М.: Медицина, 1974.-320 с.
15. Ясперс К. Общая психопатология/Пер. с нем./К. Ясперс.- М.: Практика, 1997.- 1056 с.

Тезаурус

Абсанс – малый припадок с мгновенным выключением сознания без судорог и падения больного.

Абстиненция – соматическое и вегетативное неблагополучие после прекращения приёма наркотиков.

Абулия – отсутствие побуждений к деятельности и бездеятельность.

Автоматизм амбулаторный – бессмысленное многократное повторение одного или нескольких фрагментов сложных двигательных актов (выписывание одной и той же буквы при написании, кручение вокруг собственной оси, одевание-раздевание).

Агорафобия – боязнь открытых пространств.

Аграфия – нарушение способности писать при сохранности движений.

Ажитация – двигательное беспокойство.

Акалькулия – нарушение способности производить счёт.

Акинезия – полное отсутствие произвольных движений.

Акрофобия – боязнь высоты.

Алексия – нарушение способности к чтению.

Амбивалентность – одновременное сосуществование двух противоположных по знаку эмоциональных оценок одного и того же факта, события, объекта.

Амбитендентность – сосуществование двух противоположных мотивов, встречающихся в рамках кататонических синдромов.

Аментивный синдром – помрачение сознания с грубой тотальной дезориентировкой, резкой отвлекаемостью; больной, как правило, не покидает постели.

Амнезия – выпадение из памяти событий, фактов.

Аморфность мышления – нечёткое использование понятий; речь приобретает расплывчатый характер, мысль от этого становится непонятной. Непонятно «о чём» говорят.

Анорексия – резкое угнетение пищевого инстинкта.

Ананкастность – склонность к навязчивостям.

Анорексия – резкое угнетение пищевого инстинкта

Апраксия – невозможность совершать целесообразные действия.

Архетипы – прообразы коллективного бессознательного.

Астазия – невозможность стоять.

Атимия – отсутствие эмоций.

Аутизм – отсутствие или угасание потребности в общении.

Афазия – системное нарушение речи, возникающее при органических поражениях мозга, охватывая разные уровни организации речи: включает четыре составляющие: нарушение речи и вербального общения, нарушение других психических процессов и изменение личности.

Аффективная лабильность – плохая управляемость и тормозимость аффектов.

Брадифрения – замедленное мышление

Бред – ложные утверждения, которые нельзя скорректировать.

Булимия – резкое усиление пищевого инстинкта, зачастую с неразборчивость в еде.

Вербигерации – бессмысленное монотонное повторение слов.

Витиеватость – пространные рассуждения с употреблением метафор, сравнений, цитат, научных терминов, формул, что не нужно для доказательства мысли и затрудняет её понимание.

Восковая гибкость – длительное сохранение приданной позы, иногда неудобной.

Галлюцинации – это чувственно яркие представления до степени восприятия реальных предметов или явлений.

Гипербулия – патологическое увеличение интенсивности и количества побуждений и действий.

Гиперкинезы кататонические – хаотичные, непродуктивные, нецеленаправленные двигательные возбуждения в сфере произвольных движений с манерностью, вычурностью, стереотипностью.

Гиперметаморфоз – резко выраженная отвлекаемость при помрачении сознания, невозможность остановить внимание ни на одном из объектов.

Глоссолалия – выражение мысли непонятными словами.

Госпитализм психический – тяжёлая форма детского невроза в связи с ранним отлучением ребёнка от основного воспитателя (чаще матери).

Двойная жизнь – это крайнее выражение диссоциативных нарушений: в одном индивидууме сосуществуют две или более личности, чередуясь одна с другой.

Делирий – помрачение сознания с дезориентировкой при сохранении ориентировки в собственной личности, с истинными зрительными галлюцинациями и эмоциональным напряжением.

Деменция – стойкое приобретённое снижение интеллекта.

Депривационный синдром – комплекс симптомов, возникающий у ребёнка при малом общении с ним и без проявлений любви к нему.

Дисморфомания – болезненное убеждение о наличии у себя воображаемого или переоцениваемого физического дефекта.

Дисморфофобия – лёгкая степень расстройства непсихотического уровня с навязчивым страхом невротического характера, связанным с якобы физическим недостатком с критическим отношением к этому.

Диссоциативные нарушения – процесс, в котором совмещённые психические процессы разрываются; из полноценной жизни что-то выпадает и это полностью не осознаётся.

Иллюзия – искажённое восприятие существующего объекта или явления.

Импульсивные влечения – болезненные побуждения, которые возникают остро, безмотивно с неотступным стремлением к реализации.

Импульсивные действия – аффективно сложные двигательные акты, которые возникают внезапно, без борьбы мотивов, часто с агрессивными действиями без ситуационно-психологической обусловленности.

Индукцированное безумие – близкий к больному человек принимает участие в его бредовых переживаниях; бред находит сочувственный резонанс.

Инкогерентное мышление – мышление спутанное и непоследовательное с полной дезориентировкой; обычно бывает при делирии.

Интеллект – совокупность психических процессов, обеспечивающих познавательную деятельность человека.

Кардиофобия – страх перед болезнью сердца.

Каталепсия – застывание в неудобных приданных позах.

Кататоническая гиперкинезия – хаотичное, непродуктивное двигательное возбуждение с манерностью, вычурностью, стереотипностью.

Кверулянт (сутяжник) – борец с реальными или малозначимыми недостатками, возводимые в ранг социальной несправедливостью. В силу патологической активности такой борец дезорганизует учреждения, загружая их письмами, жалобами.

Клаустрофобия – боязнь закрытых помещений.

Компульсивные влечения – побуждения к деятельности, принимающие характер доминирующего мотива.

Конверсионные реакции (истерические) – это превращение вытесненного душевного конфликта в соматическую симптоматику.

Контаминации – распад понятий; понятия теряют свои точные значения и отграничения от других понятий; это несоединимые значения соединяются (больной во враче видит своего коллегу, в медсестре – свою мать).

Конфабуляции – яркие, образные ложные воспоминания с патологической убежденностью в их реальности.

Копролалия – навязчивое произнесение слов хулительного содержания.

Ксенофобия – боязнь незнакомых.

Криптомнезии – присвоение или отчуждение воспоминаний.

Лалофобия – страх выступать в аудитории.

Мания – синдром, включающий повышенное настроение, повышенные побуждений, ускорение мышления.

Мегаломания – идеи величия маниакального больного.

Меланхолия – синдром, включающий отрешенность, подавленность, окаменелость, мёртвость, пустоту, заторможенность с внутренними беспокойством, непродуктивностью и замедленностью мышления часто с бредом виновности и обнищания.

Ментальное истощение – группа симптомов психического госпитализма с психосоматическими нарушениями и необратимыми психическими расстройствами.

Метаморфозии – искаженное восприятие объектов внешнего мира.

Мутизм – отсутствие спонтанной и ответной речи при сохранности аппарата речеобразования и функции речевого понимания.

Навязчивые идеи – непроизвольно возникающие мысли без адекватной информации, воспринимаемой критически.

Навязчивое влечение – желание совершать ненужные, порой опасные действия (суицидомания – стремление к самоубийству, гомоцидомания – влечение к убийству, часто близкого человека, ребёнка).

Навязчивые действия – реализованные навязчивые влечения (трихотилломания – выщипывание собственных волос, бруксомания – скрежетание зубами).

Насильственные действия – безмотивно, непроизвольно возникающие движения на фоне ясного сознания.

Наркомания – влечение и употребление психоактивных веществ.

Нарушение «схемы тела» – искажённое восприятие собственного тела.

Невроз – это хроническое заболевание с психическими симптомами и соматическими нарушениями, в основе которого неразрешенный конфликт.

Невропатия – синдром врождённой детской нервноности, возникающий до 3-х лет.

Негативизм – немотивированное, отрицательное отношение с отказом, сопротивлением, противодействием всякому воздействию извне.

Некрофобия – боязнь трупов.

Неологизмы – изобретение новых слов, понятий, языковых символов, смысл которых известен только больному.

Обсессивно-компульсивный синдром – невроз навязчивых состояний, когда мысли и импульсы навязываются и не могут вытесняться, хотя и понятно, что они бессмысленны и вызывают неодолимый страх.

Онэйроид – помрачение сознания с тотальной дезориентировкой, зрительными и слуховыми галлюцинациями, фантастическим бредом с полной конградной амнезией реальных событий при достаточном воспоминании переживаний.

Парамнезия – искажение памяти.

Паранойя – стойкая и непоколебимая бредовая система при ненарушенных в остальном переживаниях и сохраняющейся интеграции личности.

Паратимия – извращение эмоций.

Парейдолии – зрительные иллюзии, при которых игра света, пятна, трещины замещаются фантастическими образами.

Политоксикомании – употребление и зависимость от нескольких наркотиков.

Пориомании – это насильственное бегство из привычной обстановки, которые бывают от эпилептических расстройств настроения, от конфликтов чаще в пубертатном кризе.

Псевдогаллюцинации – уверенность в необычном восприятии несуществующим анализатором (внутренним оком или ухом), осознаётся как субъективное и вместе с тем аномальное; проекция вне поля досягаемости анализатора; образ несёт угрозу психической сфере пациента.

Псевдодеменция – вид диссоциативного нарушения, при котором простые мыслительные операции невозможны; больные с демонстративным поведением, призывающим к жалости (бывает депрессивная псевдодеменция).

Псевдореминисценции – ошибочные воспоминания о действительно имевших место событиях но в ином временном отрезке; перенос обычно из прошлого в настоящее.

Психическая зависимость – неистребимое стремление к приёму наркотиков.

Психогериатрия – учение о душевных заболеваниях в пресенильном и сенильном возрасте.

Психоз – нарушение оценки реальных событий и создание в своём воображении другой действительности.

Психопатия – пограничное расстройство личности, препятствующее адаптации в обществе.

Психосоматическая медицина – это учение о болезнях, соматические проявления которых обусловлены психическими факторами или связаны с психической сферой.

Разорванность мышления – отсутствие связей между отдельными умозаключениями, суждениями и понятиями из-за чего смысл речи уловить не удаётся.

Резонёрство – разглагольствования по несущественному поводу. По содержанию – банальные нравоучения, истины, известные изречения, софизмы. Речь грамматически правильная, но такое мышление непродуктивно т.к. отсутствует обобщение.

Сенситивность – наименьшая сила внешнего воздействия, необходимая для возникновения той или иной психической реакции и скорость её развития.

Слабодушие – невозможность сдерживать внешние проявления эмоциональных реакций.

Сверхценные идеи – мысли, содержащие и стойко сохраняющие неадекватные утверждения: не так устойчивы, как бредовые идеи.

Сенестезия – ощущение или галлюцинации, обусловленные другими ощущениями (звук воспринимается как зрительный образ).

Сенестопатии – неопределённые, трудно локализуемые, часто мигрирующие, диффузные, неприятные, беспредметные, тягостные ощущения, просцируемые внутрь телесного «Я».

Словесная окрошка – крайний тип разорванности мышления, когда речь становится непонятной, она представляет не связанные между собой слова.

Сопор – выключение сознания с полной обездвиженностью, нет информации через дистантные рецепторы с сохранением через контактные, сохраняются защитные рефлексы.

Социопатия – расстройство личности с диссоциативным поведением.

Ступор – безучастность, обездвиженность и нежелание говорить.

Сумеречные состояния – глубокая дезориентировка с фокусированием сознания на узком круге объектов и лиц с гиперкинезами и автоматизмами.

Транс – форма автоматизма, при котором кажется, что выполняются упорядоченные движения и есть стремление к перемещению в квартире, городе, области и даже стране. При внимательном наблюдении обнаруживается растерянность, отрешённость и слегка сонный вид. Длительность трансa минуты, часы и даже сутки.

Физическая зависимость – появление тягостных соматических и вегетативных расстройств при снижении дозы или прекращении приёма наркотиков.

Фобии – навязчивости, сочетающиеся с аффективными расстройствами, сочетаются с первичным страхом.

Фрустрация – это разочарование в ожиданиях из-за внешних или внутренних обстоятельств.

Фуга – форма автоматизма, который проявляется внезапно бесцельным бегом или уходом; длится кратковременно.

Хронобиология – наука о ритмических процессах в биологических системах.

Циклотимия – субаффективное, чаще биполярное расстройство с резкой сменой настроения.

Шизоиды – это амбивалентные конфликтные личности, которые определяются пропорциями между холодностью и грубостью, с одной стороны, сверхчувствительностью – с другой.

Шизофазия – речевая спутанность; от больного вряд ли услышишь осмысленные выражения, ответы не имеют отношения к вопросам и непонятны; при этом больные говорят охотно и много.

Шизофрения – хроническое эндогенное психическое заболевание чаще с прогрессирующим течением, с изменением личности с падением её эмоционально-волевого тонуса, паралогичным и непродуктивным мышлением.

Эйдектические феномены – зрительные картины, которые принадлежат к ярким представлениям здоровых.

Экстатические психозы – во время одного приступа перемежаются состояния страха и счастья, даже оба аффекта могут быть одновременно; от мании они отличаются состояниями экстаза.

Экстернализация – перенос непереносимого содержания переживаний со своей персоны на внешний мир.

Энкопрез – непроизвольная дефекация.

Энурез – непроизвольное мочеиспускание.

Эпилепсия – это хроническое, склонное к прогрессированию, нервно-психическое заболевание множественной этиологии, единого патогенеза, проявляющееся пароксизмальными расстройствами и психическими нарушениями.

Эритрофобия – боязнь покраснеть в какой-то ситуации.

Эхолалия – нелепое повторение слов, услышанных от окружающих.

Эхомнезия – обман памяти, при котором событие или факт предстают удвоенными или утроенными. События проецируются одновременно и в настоящем и в прошлом.

Эхопраксия – нелепое, зеркальное повторение движений, поз окружающих.



MoreBooks!
publishing



i want morebooks!

Покупайте Ваши книги быстро и без посредников он-лайн – в одном из самых быстрорастущих книжных он-лайн магазинов! окружающей среде благодаря технологии Печати-на-Заказ.

Покупайте Ваши книги на
www.more-books.ru

Buy your books fast and straightforward online - at one of world's fastest growing online book stores! Environmentally sound due to Print-on-Demand technologies.

Buy your books online at
www.get-morebooks.com



VDM Verlagsservicegesellschaft mbH

Heinrich-Böcking-Str. 6-8
D - 66121 Saarbrücken

Telefon: +49 681 3720 174
Telefax: +49 681 3720 1749

info@vdm-vsg.de
www.vdm-vsg.de