

# **Психіатрія дитячого та підліткового віку**

**Г.М. Кожина, В.Д. Мішиєв, Е.А. Михайлова,  
Чуприков А.П., Коростій В.І., Самардакова Г.О.,  
Гайчук Л.М., Гуменюк Л.М.**

**Підручник**

**«Психіатрія дитячого та підліткового віку»**

для студентів педіатричних факультетів медичних ВНЗ IV рівня акредитації  
та лікарів-інтернів

## Передмова

Сохранение здоровья нации является одной из первоочередных задач, стоящих перед государством. Социальное значение охраны психического здоровья в национальных масштабах отражается в соответствующих постановлениях Уряду та Верховной Ради Украины. Создана национальная программа охраны психического здоровья. Однако распространенность психических нарушений при различных заболеваниях, как у взрослых, так и у детей определяет необходимость изучения клиники, течения, исходов и лечения этих нарушений будущим врачам любых специальностей.

Одним из наиболее важных путей сохранения и укрепления психического здоровья нации является повышение качества подготовки по психиатрии студентов медицинских вузов, так как любой врач является первичным звеном диагностики и профилактики психических нарушений.

Возрастающая распространенность психических расстройств у детей и подростков, их возрастные особенности вызывает необходимость создания учебной литературы по детской и подростковой психиатрии.

Однако, в независимой Украине не было создано ни одного учебника или учебного пособия по психиатрии для студентов медицинских факультетов по специальности педиатрия.

Учитывая выше сказанное, коллективом авторов опорной кафедры по психиатрии МОЗ Украины при участии ведущих преподавателей кафедры психиатрии медицинских вузов Украины, поставлена цель создания учебника «Детская и подростковая психиатрия» для студентов ВУЗов III-IV уровня аккредитации.

Учебник «Детская и подростковая психиатрия» написан в полном соответствии с новой типовой программой по дисциплине «Психиатрия и наркология» утвержденной МОЗ Украины для студентов высших медицинских учебных заведений III-IV уровней аккредитации.

Учебный материал изложен в 2-х частях : «Общие вопросы детской и подростковой психиатрии» и «Частная детская и подростковая психиатрия».

В первой части изложены общие закономерности формирования психических расстройств в детском и подростковом возрасте. В разделе общей психопатологии при описании клинической характеристики психопатологических симптомов и синдромов отмечены их особенности у детей и подростков.

Впервые в отечественной учебной литературе описаны нарушения психического здоровья в первые годы жизни ( от 0 до 3-х лет ). В разделе частной психиатрии наибольшее внимание уделено описанию тех психических расстройств, которые чаще встречаются в детском и подростковом возрасте.

Учебник написан с учетом задач и программ подготовки врачей – педиатров и включает практически все разделы клинической психиатрии детского и подросткового возраста.

Викладення матеріалу у підручнику складено у відповідності до наступних нормативних документів:

- освітньо-кваліфікаційної характеристики ( О. К. Х ) та освітньо-професійних програм (ОПП) підготовки фахівців, затвердженими наказом МОН України №239 від 16.04.03р.
- експериментального навчального плану, розробленого на принципах Європейської кредитно-трансферної системи (ECTS), затвердженого наказом МОЗ України № 222 від 18.06.2002 р.
- Наказу МОЗ України «Про заходи щодо реалізації положень Болонської декларації у Системі вищої медичної та фармацевтичної освіти» № 148 від 22.03.2004 р.

У підручнику у доступній формі викладено складні питання порушень психічної діяльності у дітей та підлітків, що сприяє підвищенню якості медичної освіти та загального

культурного рівня майбутніх лікарів. Підручника нового типу з психіатрії та наркології немає не тільки в Україні, а і в усьому російськомовному просторі, тому створення такого національного підручника сприятиме підвищенню престижу вітчизняної медичної науки.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Передмова .....	2
ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ ПСИХИАТРИИ. ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ .....	7
ПРАВОВЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ .....	11
МЕТОДЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ. КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ. РЕГИСТРЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ. ....	17
МЕЖДУНАРОДНАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В ПЕРВЫЕ ГОДЫ ЖИЗНИ.....	21
ОБЩИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ.....	51
ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....	51
ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ.....	62
Нарушения ощущения и восприятия.....	62
Нарушения памяти и внимания.....	65
Нарушения мышления и интеллекта .....	68
Нарушения эмоциональной сферы .....	74
Нарушения эффекторно-волевой сферы .....	78
Нарушения сознания и самосознания.....	82
Психопатологические синдромы .....	85
ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РАССТРОЙСТВ .....	90
ЧАСТНАЯ ДЕТСКАЯ И ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ.....	95
Невротические расстройства.....	95
Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43).....	96
Неврастения .....	100
Диссоциативные (конверсионные) расстройства (Истерический невроз).....	100
Невроз навязчивых состояний.....	102
Соматоформные расстройства. (F45) .....	106
Особенности невротических расстройств у детей .....	108
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	110
УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ (F7) .....	118
ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА, НАЧИНАЮЩИЕСЯ ОБЫЧНО В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....	121
Гиперкинетические расстройства (F90) .....	121
Нарушение активности и внимания (расстройство или синдром дефицита внимания с гиперактивностью, гиперактивное расстройство дефицита внимания) (F90.0).....	122
Расстройства поведения (F91).....	126
Эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста (F93).....	127

Расстройства социального функционирования с началом, специфическим для детского и подросткового возраста (F94).....	128
Другие эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте (F98).....	133
<b>НАРУШЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ</b> .....	138
Специфические расстройства развития речи (F80).....	142
Специфические расстройства развития школьных навыков (F81).....	146
Специфическое расстройство развития двигательных функций (F82).....	146
Общие расстройства развития (F84).....	148
Детский аутизм (F84.0) .....	148
Синдром Ретта (F84.2) .....	152
Другое дезинтегративное расстройство детского возраста (синдром Геллера, симбиотический психоз, детская деменция, болезнь Геллера — Цапперта) (F84.3) .....	154
Синдромом Аспергера (аутистическая психопатия, шизоидное расстройство детского возраста) (F84.5) .....	155
<b>ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ И ФИЗИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ</b> .....	156
Расстройства приёма пищи.....	156
Расстройства сна неорганической природы (F51).....	157
<b>РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ</b> .....	157
Расстройства привычек и влечений (F63) .....	157
Расстройства половой идентификации.....	159
<b>ОРГАНИЧЕСКИЕ, ВКЛЮЧАЯ СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА</b> .....	161
Психические нарушения при общих и церебральных инфекциях .....	161
Психические нарушения при СПИДе.....	168
Психические нарушения при черепно-мозговых травмах .....	172
Психические нарушения при ожоговой болезни .....	177
Экологическая психиатрия .....	179
Психические нарушения при пищевых, промышленных и бытовых отравлениях .....	179
Психические нарушения при пищевых отравлениях.....	182
Психические нарушения при промышленных и бытовых отравлениях.....	182
Пострадиационные психические расстройства .....	185
Психические нарушения при опухолях головного мозга.....	187
Психические нарушения при соматических и эндокринных заболеваниях .....	191
<b>ШИЗОФРЕНИЯ, ШИЗОТИПИЧЕСКИЕ И БРЕДОВЫЕ РАССТРОЙСТВА</b> .....	196
F20 Шизофрения.....	198
F21 Шизотипическое расстройство .....	199
F22 Хронические бредовые расстройства.....	199
F23 Острые и транзиторные психотические расстройства .....	199

F24 Индуцированное бредовое расстройство.....	199
F25 Шизоаффективные расстройства.....	199
АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕНИЯ.....	208
ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИИ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ .....	211
Алкоголизм .....	212
Классификация алкогольных психических расстройств. ....	212
Особенности подростково-юношеского алкоголизма .....	215
Наркомании.....	216
Токсикомании .....	228
ЭПИЛЕПСИЯ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....	234
Эпилепсия лобной доли (фронтальные эпилепсии, ФЭ) (G40.1/G40.2) .....	240
Неонатальные приступы (семейные) (доброкачественные семейные идиопатические неонатальные судороги) .....	245
ПРИЛОЖЕНИЕ .....	255
ПЕРЕЧЕНЬ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДИК ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ ДЕФИЦИТАРНОСТИ У ДЕТЕЙ.....	255
РЕКОМЕНДОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА.....	258

## **ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ ПСИХИАТРИИ. ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ.**

Психиатрия – медицинская дисциплина, занимающаяся изучением диагностики и лечения, этиологии, патогенеза, распространенности психических болезней и организации психиатрической помощи.

Психиатрия (греч. psyche – душа, iatreia – лечение) – лечение души.

Задачи психиатрии:

1. Изучение распространенности, условий возникновения, нозологической структуры и клинических особенностей психических заболеваний.
2. Изучение этиологии и патогенеза психических заболеваний.
3. Лечение и профилактика психических заболеваний.
4. Социально-трудовая реабилитация больных.
5. Трудовая, судебная и военно–врачебная экспертиза.
6. Проведение санитарно-просветительных и психогигиенических мероприятий.

Психиатрия – неотъемлемая часть медицины, органически связанная со всеми ее разделами. Каждый врач в своей практической деятельности неоднократно будет сталкиваться с различными психиатрическими проблемами. Это обусловлено тем, что при всех заболеваниях у больных возникают или иные психические нарушения – от непсихотических (чаще всего), до психотических, а иногда и дефектно органических. Каждый врач обязан адекватно определить регистр этих нарушений и определить тактику в каждом конкретном случае.

**Краткий очерк истории психиатрии** Психические болезни существуют с тех пор, как существует человечество. В донаучный период истории медицины превалировало примитивно – теологическое понимание аномального поведения больных, которое нашло отражение в мифах и легендах. Так, в Библии описаны случаи душевного расстройства у вавилонского царя Навуходоносора (мизантропия), у иудейского царя Саула (меланхолия и эпилепсия).

Истоки зарождения психиатрии связаны с именем великого врача и мыслителя античной Греции – Гиппократ, которого по праву считают основателем научной медицины. Гиппократ первый утверждал, что у душевнобольных страдает мозг, и поэтому их должен лечить врач. Гиппократ считал, что психические особенности человека определяются смещением 4 – х основных соков живого организма (кровь, слизь, желтая и черная желчь), в зависимости от преобладания одного из них он различал 4 типа темперамента: сангвиник, флегматик, холерик, меланхолик. Гиппократ смотрел на душевные болезни как на излечимые и рекомендовал больным покой тела, диету, ванны, холодные обливания, легкий моцион и легкую гимнастику, рвотное и слабительное.

Под сильным влиянием Гиппократ был Аристотель – философ, уделявший внимание и изучению душевных болезней. Он отмечал склонность эпилептиков к жестокости, а меланхоликов считал одареннее других людей.

Аретей, врач древности, описывал эпилепсию, меланхолию, манию, их клинику, течение и исходы, а также острые психозы при соматических заболеваниях.

Клавдий Гален изучал головной мозг, считал его местопребыванием разума, помыслы локализуется в сердце, желания – в печени. Душевные болезни Гален разграничивал на острые и хронические, относя к первым лихорадочный бред, ко вторым – меланхолию.

Наступление новой эры, времена средневековья, затормозили развитие науки. В этот период довлело влияние церкви о дьявольском наваждении, о богоотступничестве, о святости и бесноватости, поэтому любое нарушение психики оценивалось не как болезнь, а как результат добровольного общения с дьяволом.

В эпоху раннего средневековья начали зарождаться и прогрессивные взгляды на природу психических болезней. Так, знаменитый арабский ученый Авиценна считал болезнью нарушение психической деятельности и призывал к их лечению. Эти взгляды Авиценны реализовывались в строительстве лечебниц для психически больных.

В конце XVII-нач. XVIII века в связи с расширением городов и скученности населения власти приказывали родственникам больных охранять покой живущих рядом. Больных связывали, приковывали цепями, закрывали в помещениях. В Европе появляются приюты для душевнобольных. Однако, хотя в этих заведениях больных не казнили и не сжигали, отношение к ним было суровым и жестоким. Примером этого может служить организованное в Англии психиатрическое заведение – Бедлам, имя которого стало в последующем нарицательным. В Бедламе больных держали в маленьких комнатах с каменными полами без мебели, прикованными цепями к стенам.

В эпоху зарождения капитализма в Европе происходит постепенное освобождение науки из-под влияния богословия. Создаются предпосылки для формирования психиатрии как науки. В XVIII веке наметились большие изменения в организации психиатрической помощи. В этом отразились те социальные изменения, которые произошли во Франции в период буржуазной революции. Французские философы (Ламерти, Дидро, Кабанис, Гольбах, Гельвеций) оказали большое влияние на медицину. Согласно трактату Кабаниса, психические болезни являются болезнями мозга. Появилась возможность законодательного преобразования положения психически больных.

Французский психиатр Филипп Пинель (1745-1826), главный врач психиатрической больницы Бисетра добился у Национального Конвента права на снятие цепей с душевнобольных и вошел в историю как “отец современной психиатрии”. Ф. Пинель – основоположник психиатрии во Франции, основная его заслуга состоит в том, что он “возвел сумасшедшего в ранг душевнобольного”. Ближайший ученик Пинеля, Ж. Эскероль, заложил фундамент научно-клинической психиатрии, узаконил требование об обязательном медицинском осмотре лиц, помещаемых в психиатрические учреждения. Эскероль положил начало изучению прогрессивного паралича, установил значение соматических симптомов в клинике психозов, разграничил иллюзии и галлюцинации.

Реформу, начатую Пинелем, продолжил в Англии Конолли, профессор Лондонского университета, который провозгласил принцип “нестеснения” психически больных.

В середине и второй половине XIX века психиатрия достигла значительных успехов. Венский психиатр Т. Мейнерт описал аменцию, немецкий психиатр К. Вернике впервые описал алкогольный галлюциноз, ввел понятия сверхценных идей, псевдогаллюцинации, галлюциноза, галлюцинаторной спутанности.

В конце XIX века широкое развитие получает симптоматическая психиатрия: систематизированный бредовый психоз (В. Магнан), циркулярное помешательство, кататония (К. Кальбаум), гебефрения (Е. Геккер), гебоидофрения (К. Кальбаум), дизнойя (С.С. Корсаков). Симптоматологическое направление ограничивалось описанием симптомов, симптомокомплексов, в которых проявляются психические заболевания, без учета причин и механизмов их развития. Этот период развития мировой психиатрии определяется как донозологический, однако уже в этот период были описаны 2 нозологические единицы: прогрессивный паралич (А. Белль), алкогольный полиневрический психоз (С.С. Корсаков). Большую роль в формировании нозологических взглядов в психиатрии сыграли труды немецкого ученого Е. Крепелина. Е. Крепелин утверждал, что душевная болезнь – закономерный биологический процесс, имеющий определенную этиологию, характерные психические и физические признаки, патологоанатомическую основу, типическое течение и заранее предопределенный исход. Он выделил 2 эндогенные психические болезни – раннее слабоумие (*dementia praecox*) и маниакально-депрессивный психоз.

В XX веке получило распространение учение К. Бонгеффера об экзогенных типах реакции в виде нарушения сознания на воздействие экзогенных вредностей (инфекции,

интоксикации). В 1911 г. швейцарский психиатр Е. Блейер предложил название шизофренической болезни, описанной Е. Крепелином. А.Альцгеймер описал патогистологию прогрессивного паралича, выделил особую форму раннего старческого слабоумия, названного его именем. Большое влияние на развитие психиатрии в Европе и особенно в США оказало учение З. Фрейда. Основным положением этого направления психиатрии является признание преобладания бессознательного над сознательным. Бессознательное, по Фрейду это инстинкты, в первую очередь, половой, которые и обуславливают всю психическую деятельность человека. Согласно теории Фрейда, конфликт, который возникает между подсознательным и бессознательным, если он не раскрыт и не отреагирован, может послужить причиной невроза.

**История отечественной психиатрии.** В славянских странах, в том числе и в России, отношение к психически больным всегда было более гуманным, чем в странах Западной Европы. Сами названия душевных болезней свидетельствуют о том, что славяне считали эти болезни божьей карой: “божья немочь”, “божье, бешенство”, больных называли “божеви́льними”, “божегневными”. Некоторых больных провозглашали “юродивыми”, “святыми” и пытались в их разговорах усматривать различные предсказания и советы.

Уже в Киевской Руси создавались организационные формы заботы о психически больных. Так, в “Уставе” Владимира в обязанность церкви вменялась забота о “бесноватых” наряду со старцами и калеками. В 1554 году царь Иван Грозный издал указ, требующий от монастырей заботиться о “малодушных”, обеспечивать им уход и питание, а также сердечное и кроткое к ним отношение. Таким образом, первые организационные формы помощи психически больным в России были осуществлены на 3 века раньше, чем в Европе, а психические заболевания рассматривались как болезни мозга.

При Петре I был издан указ о создании специальных госпиталей для психически больных. С 1775 г. начали открываться психиатрические отделения при больницах. Первый дом для умалишенных был открыт в Новгороде в 1776 году, а в 1779г. была построена первая специализированная психиатрическая больница в Петербурге, в Москве – в 1809г. Первая в Украине психиатрическая больница была открыта в 1796 году в Харькове (“Сабурова дача”).

В 1834 году профессор кафедры хирургии Харьковского университета П.А. Бутковский написал учебник “Душевные болезни”, который был не только первым учебником на русском языке, но и первым учебником психиатрии всех славянских народов и одним из первых в Европе. В этом учебнике содержится ряд прогрессивных положений о роли головного мозга, значении физиологических и соматических расстройств в развитии психозов. В своем руководстве П.А. Бутковский утверждал, что душевные болезни, также, как и телесные, имеют свои предвестники, течение, исходы. Официально в России преподавание психиатрии на медицинских факультетах было провозглашено в 1835 году, однако чтение этого курса продолжили преподаватели других специальностей.

Первая кафедра психиатрии была открыта при Петербургской медико-хирургической академии в 1857 году, которую возглавил И.П. Балинский. Он и его ученик И.П.Мержеевский являются основателями петербургской психиатрической школы, отличающейся своими биологическими направлениями. В Москве в 1869 году психиатрия преподавалась невропатологом А.Я. Кожевниковым, а после открытия самостоятельной клиники – С.С.Корсаковым. Имя Корсакова связано как с серьезными научными достижениями, так и с коренными реформами в отечественных психиатрических учреждениях. Он создал оригинальную классификацию психических болезней, где описаны отдельные нозологические формы (дистония, алкогольный психоневротический психоз). Видное место в истории русской психиатрии занимает К.Х.Кандинский, написавший классический труд “О псевдогаллюцинациях”, ставший своеобразным руководством по психопатологии бреда, галлюцинаций и псевдогаллюцинаций.

В середине XIX века зарождается научная психиатрия в Украине. Первая самостоятельная кафедра психиатрии и неврологии была создана в 1877 году в

Харьковском университете, возглавлял ее профессор П.И. Ковалевский, известный своими работами по психологии, анатомии, психографии, предложивший свою классификацию психических заболеваний. С 1883 года П.И. Ковалевский издает первый отечественный журнал «Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии».

Значительную роль в развитии украинской психиатрии сыграли ученые, работающие в Харькове. Профессор А.Я.Анфимов - автор всемирно известных работ посвященных методам психологического исследования. Профессор К.И.Платонов известный специалист в области психотерапии автор монографии «Слово як лечебный и физиологический фактор», которая до сих пор не утратила своего значения. Академик В.П.Протопов, – описал вегетативные нарушения при МДП которые известны как «триада Протопопова». Академик Е.А. Попов - автор фазно-тормозной теории происхождения галлюцинаций.

Современные взгляды на понимание сути психической патологии сформировались под влиянием развития учения об общей и специальной патологии, общей и медицинской психологии, социально-экономического состояния общества, а также массовой осведомленности о психических нарушениях как о проявлениях нарушений работы головного мозга. Психические нарушения могут быть вызваны различными факторами: социально-экономические, экологические, психологические, большую роль играет состояние адаптационных механизмов организма и центральной нервной системы для сохранения психического здоровья.

### **История детской психиатрии**

#### **Организация психиатрической помощи**

Психиатрические лечебные заведения делятся на 3 основные группы: амбулаторные, стационарные и социально – реабилитационные. Амбулаторная помощь психически больным оказывается в психиатрических (психоневрологических) диспансерах. Психиатрические диспансеры обслуживают больных города (городские), области (областные), района (районные). Кроме того, при районных поликлиниках, центральных районных больницах (в местах, где нет диспансеров) организовываются психиатрические кабинеты.

#### Показания госпитализации в психиатрический стационар.

1. Наличие тяжелого психического заболевания, лечение которого невозможно в амбулаторных условиях
2. Необходимость постоянного динамического врачебного наблюдения для проведения дифференциальной диагностики и постановки диагноза
3. Показаниями для неотложной госпитализации (без согласия больного) регламентируются законом о психиатрической помощи.

Окончательно вопрос о госпитализации в психиатрический стационар решает только врач – психиатр после личного осмотра больного. При наличии сомнения в психическом здоровье больного врач любой специальности обязан рекомендовать пациенту консультацию врача психиатра, в случае наличия показаний к неотложной госпитализации организовать вызов бригады специализированной психиатрической помощи.

Особенности устройства психиатрических больниц. Наиболее оптимальным местом расположения психиатрических больниц следует считать зеленую зону, отдаленную от насыщенных транспортом трасс и промышленных предприятий. Необходимо, чтобы территория больницы была озеленена, у каждого отделения должны быть выделены места для прогулок больных (прогулочные дворики).

Отделение психиатрических больниц дифференцируется по половому (женские и мужские) и возрастному (детские, подростковые, геронтологические) принципам. Кроме этого, есть специализированные отделения: для больных неврозами, судебно – психиатрической экспертизы, туберкулезное, инфекционное, приемное отделение, отделение для оказания неотложной помощи.

В составе психиатрической больницы работают вспомогательные лечебные службы: терапевты, стоматологи, невропатологи, гинекологи, хирурги, офтальмологи, отоларингологи. Организуются диагностические службы: рентгенологические, электрофизиологические, лабораторная (клинические и биохимические исследования), а также психологическая лаборатория. Организационные мероприятия осуществляет административно – хозяйственный аппарат.

Устройство психиатрических отделений также имеет ряд особенностей. Необходимо исключить возможность ухода из отделения больных с агрессивными и аутоагрессивными тенденциями. Этим объясняется режим закрытых дверей как ведущих из отделения, так и внутри отделений. Каждое психиатрическое отделение подразделяется на 2 вида палат: санаторные (для больных с упорядоченным поведением) и наблюдательные (для больных, поведение которых не упорядочено или требующих ухода). Детские отделения смешанные по полу, есть разделение по палатам для мальчиков и девочек. В этих отделениях организовываются классные комнаты, где дети учатся, игровые. Устройства отделений невротиков не отличается от устройства неврологических отделений, кроме необходимости наличия гипнотария.

В отделениях судебно – психиатрической экспертизы режим более строгий, чем в обычных психиатрических, он усиливается сотрудниками учреждений внутренних дел.

В 1975 году в самостоятельную была выделена наркологическая служба. Амбулаторная наркологическая помощь оказывается в наркологическом диспансере и районных наркологических кабинетах, а стационарная – в наркологических больницах.

Кроме психиатрических больниц существуют учреждения социальной защиты (психоневрологические интернаты для психохроников).

## **ПРАВОВЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ**

### **Медико – психологические аспекты организации помощи больным с психическими нарушениями**

“Благо больного – высший закон” (*Salus aegroti suprema lex*) – основной принцип, которым должны руководствоваться все врачи и особенно психиатры. Значительна роль этики в профессиональной деятельности психиатра, так как характер его взаимоотношений с пациентом особый, создающий специфические моральные проблемы. Эти проблемы определяются тем, что психиатрия располагает средствами воздействия на человека.

Одна из задач психиатрии – способствовать повышению терпимости общества к психически больным, преодолению барьеров предвзятости, отчуждения и регулирование социальных санкций в отношении психически больных. В отличие от других медицинских дисциплин, психиатрия применяет в отношении некоторых категорий больных меры принуждения, что создает вокруг психиатрии пугающий ореол, вызывает недоверие общества и естественное стремление оградиться от необоснованного вмешательства в свою жизнь.

Задачей психиатрической этики является ограничение сферы принуждения при оказании психиатрической помощи до пределов, определяемых медицинской необходимостью, что служит гарантией соблюдения прав человека. Не следует применять принудительные меры в отношении больных, не представляющих угрозы себе или окружающим. Обременительность больного для окружающих не должна являться предпосылкой для применения принуждения. Длительность пребывания больного в больнице должна определяться только его психическим состоянием. Не следует больных задерживать в больнице, так как это может привести к возникновению синдрома госпитализма. Очень важно, чтобы больные как можно дольше оставались социально адаптированными, так как продолжающие работать больные поступают в больницы значительно реже, а время, проведенное ими в больнице короче, чем у пациентов, оставивших работу. При выписке больных из больницы необходимо учитывать, в каких

условиях они будут жить дома. А во время пребывания больного в стационаре врач должен контролировать отношение персонала к больному, чтобы исключить возможности применения к нему неадекватных или дисциплинарных мер. Не следует без крайней необходимости применять средства, ограничивающие свободу больных. Исследования, проведенные в разных странах, показали, что при смягчении дисциплинарных мер в психиатрических отделениях, неограниченность посещений родственниками, предоставление больным домашних отпусков значительно уменьшило число агрессивных и аутоагрессивных действий больных.

Во взаимоотношениях врач – больной наиболее привлекательной является “совещательная” модель, где врач является не бесстрастным функционером, а советчиком, другом, учителем, помогающим пациенту выбрать единственно правильное решение. Однако, являясь альтернативными относительно конкретного пациента, патернализм (“родительская” модель) и партнерство не альтернативны для психиатрии в целом. Специфика и сложность психиатрии состоит в том, что даже по отношению к одному и тому же больному указанные модели могут сменить друг друга на разных этапах течения болезни. Поэтому, одной из задач психиатрической этики является установление оптимальных взаимоотношений между врачом и пациентом, способствующих реализации интересов больного с учетом конкретной клинической ситуации.

Мировую общественность волнуют вопросы предотвращения возможностей злоупотреблений в оказании психиатрической помощи. Антигуманное отношение к психически больным, к сожалению, встречаются и в наши дни во многих странах, культурных регионах и политических системах. Злоупотребление психиатрией – есть умышленное причинение морального, физического или иного ущерба лицу путем применения к нему медицинских мер, не являющихся показанными и необходимыми, либо путем неприменения медицинских мер, являющихся показанными и необходимыми, исходя из состояния его психического здоровья. Основными нормативными актами по вопросам злоупотребления в психиатрии являются Гавайская декларация, принята Всемирной психиатрической ассоциацией в 1977 году, а также “Принципы защиты лиц, страдающих психическим заболеванием и улучшения здравоохранения в области психиатрии”, принятые Генеральной Ассамблеей ООН в 1991 году. Всякие злоупотребления психиатром своими знаниями несовместимы с профессиональной этикой. Психиатр не вправе использовать свои возможности вопреки медицинским интересам, без основания и необходимости применять медицинские меры. Нельзя ставить психиатрический диагноз только на основании несовпадения взглядов и убеждений человека с принятыми в обществе. На диагностику и лечение не должны оказывать воздействия личные предубеждения психиатра. При оказании психиатрической помощи врач – психиатр должен руководствоваться только медицинскими показаниями, врачебным долгом и законом. Он должен быть независимым в своих решениях.

### **Закон о психиатрической помощи**

В Украине принят Закон о психиатрической помощи, который регламентирует правила оказания помощи психически больным, отстаивает их права, а также четко определяет правила госпитализации больных в психиатрические учреждения. Основные положения Закона о психиатрической помощи исходят из утверждения, что психически больные, являющиеся гражданами нашей страны, пользуются всеми правами, записанными в Конституции Украины.

Закон Украины о психиатрической помощи составлен с учетом 10 принципов ВОЗ. Он состоит из 10 разделов, 33 статей. Закон описывает презумпцию психического здоровья, принципы оказания психиатрической помощи, государственные гарантии обеспечения психиатрической помощью и социальной защитой психически больных, определяет конфиденциальность сведений о состоянии психического здоровья и пр:

1. Развитие психического здоровья и профилактика психических расстройств.

Каждый человек должен заботиться о своем психическом благополучии и принимать меры по устранению причин психических расстройств.

2. Доступность базовой психиатрической помощи.

Психиатрическая помощь должна сохранять достоинство пациента, должна быть материально доступной, справедливой, находиться на доступном расстоянии от места жительства пациента, а также оказываться на основе добровольности.

3. Оценка психического здоровья в соответствии с общепринятыми международными принципами.

4. Обеспечение психиатрической помощи в наименее ограничительной форме.

При необходимости использование различных мер ограничения периодически пересматривать это решение (например, каждые 30 минут при физическом ограничении и не более 4 часов).

5. Самоопределение, т.е. получение согласия лица до начала применения любого типа вмешательства.

6. Право на получение помощи в самоопределении.

Если пациент испытывает трудности в оценке последствий своего решения (обусловленные общим уровнем знания, языковыми возможностями, заболеванием), ему необходимо предоставить потенциальных помощников (юриста, социального работника).

7. Доступность процедуры пересмотра.

Для любого решения должна существовать процедура пересмотра, осуществляемая с помощью официального лица (судьи), замещающих лиц, уполномоченных принимать решение (например, опекуна), и лиц, оказывающих помощь. Эта процедура должна быть своевременной (в течение 3 дней после принятия решения) и пациенту должна быть предоставлена возможность личного присутствия

8. Механизм автоматического периодического пересмотра.

При решениях, касающихся лечения или госпитализации, с долговременными последствиями, должен существовать механизм автоматического периодического пересмотра, который должен быть автоматическим, с разумным интервалом (например, через 6 месяцев), проводиться квалифицированным лицом.

9. Квалификация лиц, принимающих решение.

Лица, принимающие решение в отношении пациента, должны быть компетентными, осведомленными, независимыми, беспристрастными. В идеале орган, принимающий решение, должен состоять минимум из 3 человек.

10. Уважение закона.

Решение должно соответствовать совокупности правовых норм, действующих в данный момент. Законы должны быть открытыми, доступными и в понятной форме. Пациента необходимо ставить в известность о его правах. В частности, основные принципы оказания психиатрической помощи – гуманизм, законность, соблюдение прав человека и гражданина, добровольности, доступности. Психиатрический осмотр проводится врачом – психиатром по просьбе или по осознанному согласию лица, в отношении детей до 15 лет – по просьбе его родителей.

### **Конвенция о правах ребенка**

Для повышения юридической компетенции педагогов, родителей, социальных работников и педиатров ниже мы приводим следующую информацию: существует Детский Фонд Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) при ООН, деятельность которого направлена исключительно на защиту прав детей, помощь в обеспечении их основных потребностей, расширении возможностей для реализации потенциала детей и подростков во всем мире.

ЮНИСЕФ был создан в 1946 году на первой сессии Генеральной Ассамблеи ООН, для координации усилий всех организаций мира по осуществлению международного движения по защите интересов детей. За деятельность по улучшению положения детей во всем мире, ЮНИСЕФ был отмечен Нобелевской премией мира за 1965 год. С 1997 года

открыто постоянное представительство ЮНИСЕФ в Украине.

Генеральная Ассамблея ООН приняла в 1989 году Конвенцию о правах ребенка, которая является первым в истории человечества документом, принятым 191 страной, т.е. большинством стран мира.

Необходимо обратить внимание на тот факт, что если раньше защита детей рассматривалась как благотворительная деятельность, то с принятием Конвенции она стала обязанностью государства, а не вопросами благотворительности. Следовательно, дети от рождения имеют все основные свободы и неотъемлемые права человека.

Украина ратифицировала Конвенцию 27 февраля 1991 года. Это означает, что правительство взяло на себя обязательство о выполнении всех требований Конвенции. После чего правительство приняло ряд законодательных актов и дополнений к законам о защите семьи, матерей и детей, программу «Дети Украины».

В Конвенции указывается, что дети являются полноправными членами общества и в силу своей уязвимости нуждаются в особой заботе и защите. В ней также подтверждается необходимость правовой и другой защиты ребенка до и после рождения, важность уважения культурных ценностей народа, к которому принадлежит ребенок.

Необходимо знать, что ребенком признается лицо, не достигшее 18 лет, за исключением тех случаев, когда в соответствии с национальными законами предусматривается совершеннолетие в более раннем возрасте (ст.1).

Главной особенностью Конвенции о правах ребенка является то, что в ней ребенку предоставляются международно признанные права человека, которые охватывают все стороны жизни ребенка. Основой Конвенции следует считать три фундаментальные права:

- ✓ принцип «наилучших интересов»,
- ✓ защита от дискриминации и
- ✓ право на участие ребенка в жизни общества.

Эти права взаимосвязаны, дополняют друг друга и способствуют достижению главной цели – обеспечению «выживания и развития» ребенка (ст. 6).

Ниже мы приводим основные постулаты Конвенции ООН, определяющие защиту ребенка.

Статья 5 – никто не должен подвергаться пыткам или жестоким, бесчеловечным или унижающим собственное достоинство обращению и наказанию.

Статья 6 – обеспечивает в максимально возможной степени здоровое развитие ребенка.

Статья 16 – обеспечивает защиту от произвольного или незаконного вмешательства в личную жизнь ребенка, от посягательства на его честь и репутацию.

Статья 19 – дает определение понятия «жестокое обращение» и определяет меры защиты.

Статья 24 – обеспечивает меры по борьбе с болезнями и недоеданием.

Статья 27 – признает права каждого ребенка на уровень жизни, необходимый для физического, умственного, духовного, нравственного и социального развития.

Статья 34 – обеспечивает защиту ребенка от сексуального совращения.

Статья 37 – обеспечивает защиту ребенка от других форм жестокого обращения.

Статья 39 – предусматривает меры помощи ребенку, явившемуся жертвой жестокого обращения.

Государство должно уделять первоочередное внимание «наилучшему обеспечению интересов ребенка». Это отражено в статье 8 «государство должно уважать право ребенка на сохранение своей индивидуальности, включая имя, гражданство и семейные связи», статье 12 – о праве ребенка «выражать свои взгляды по всем вопросам, затрагивающим ребенка», причем взглядам ребенка должно уделяться внимание при решении любых вопросов, затрагивающих данного ребенка.

В статье 9 отмечается, что ребенок имеет право жить со своими родителями, однако

если ребенок подвергается жестокому обращению или они о нем не заботятся, ребенок может быть разлучен со своими родителями, если это «необходимо в наилучших интересах ребенка».

Дети имеют право на защиту от вмешательства в его «личную жизнь, семейную жизнь, неприкосновенность жилища или тайну корреспонденции» (ст. 16), на защиту от любых форм физического или психологического насилия, оскорбления, грубого обращения или эксплуатации, включая сексуальное злоупотребление, со стороны родителей, опекунов или любого другого лица, заботящегося о ребенке» (ст. 19).

Одним из общепризнанных прав человека есть право ребенка на достойные условия жизни и соответствующее медицинское обслуживание, которое закреплено в Конвенции (ст.23, 24 и 27).

Поскольку образование имеет важнейшее значение для развития детей, право на образование является одним из основных прав человека, цель которого «бесплатное и обязательное начальное образование, среднее образование (общее или профессиональное), доступное для всех детей, а также высшее образование «на основе способностей каждого» (ст.28,29).

Защите от дискриминации посвящена статья 2, в которой отмечено, что государство обязано защищать ребенка от любых форм дискриминации и принимать необходимые меры по защите его прав.

Очень существенной является тема участия, которая также закреплена в ряде статей Конвенции, тем или иным способом затрагивающих различные стороны участия ребенка в жизни общества.

Участие может выражаться во многих формах. Так, в статье 12 говорится о праве свободно выражать свои взгляды, причем ребенку предоставляется «возможность быть заслушанным в ходе любого судебного или административного разбирательства, затрагивающего ребенка. Ребенок имеет право «искать, получать, передавать информацию и идеи любого рода, независимо от границ, в устной, письменной или печатной форме, в форме произведений искусства», причем ограничения могут быть только те, которые предусмотрены законом (ст. 13).

О свободе мысли, совести, религии гласит статья 14, о праве на свободу ассоциации, мирных собраний – ст. 15.

Участие отвечает потребностям развития самого ребенка, поскольку путем личного участия дети учатся самостоятельно принимать решения, обретают уверенность в себе. Поэтому важно, чтобы ребенок имел доступ к информации и материалам, которые направлены на содействие здоровому физическому и психическому развитию (ст. 17).

Каждое из прав, закрепленных в Конвенции, соответствует потребностям развития ребенка, дает ответ на многие вопросы детей.

В Конвенции о правах ребенка включены стандарты о личной свободе и безопасности. В статье 37 указано: «Ни один ребенок не должен подвергаться пыткам или другим жестоким, бесчеловечным или унижающим достоинство видам обращения или наказания»; смертная казнь и пожизненное заключение без возможности освобождения запрещены при наказании лиц в возрасте до 18 лет.

Дети также защищаются от экономической, сексуальной, военной и всех других форм эксплуатации согласно статьям 32, 33, 34, 36, 38.

### **Ответственность перед законом**

Социопсихологическими исследованиями установлено, что школьники очень мало информированы о своих правах и об ответственности за свои поступки перед обществом, законом.

Как свидетельствует статистика, ситуация относительно состояния преступности среди несовершеннолетних в Украине, за последние годы резко осложнилась: растет число беспризорных детей и правонарушителей как среди детей так и среди подростков.

Процесс информирования школьника об ответственности, которая ожидает их при

нарушении некоторых статей Уголовного Кодекса Украины, значим при формировании стратегии психопрофилактики девиантного поведения.

Необходимо обратить внимание на некоторые поведенческие паттерны, значимые в формировании нарушений социального функционирования.

<b>Шалость</b>	<b>Злонамеренный поступок</b>	<b>Вандализм</b>
Спрятать ручку, тетрадь своего соседа по парте, позвонить приятелю, сказать, что первого урока не будет, отключить телефон, сказав сестре, что он не работает	Жестко обращаться с животным, жестокие драки и т.д. Разбить оконное стекло специально. Сорвать любимые цветы с клумбы соседки по даче	Разрушение надгробных памятников. Погромы автомобилей, разбитые витрины магазинов и т.д. Разбитые фанатами скамейки на стадионах

Почему дети делают это, что ими движает:

- ✓ гнев
- ✓ злобность
- ✓ желание подшутить над сверстниками
- ✓ распушенность
- ✓ собственные неудачи
- ✓ обыкновенная скука
- ✓ зависть
- ✓ давление со стороны
- ✓ низкая самооценка и др.

Одним из наиболее распространенных преступлений является хулиганство «грубое порушення громадського порядку з мотивів неповаги до суспільства, що супроводжується особливою зухвалістю чи винятковим цинізмом» (ст. 296 Кримінального кодексу України).

В зависимости от степени опасности для общества хулиганство разделяют на три вида: простое, злостное и особенно злостное.

Простое хулиганство – грубое нарушение общественного порядка и явное пренебрежение к обществу карается штрафом до пятидесяти необлагаемых минимумов доходов граждан, или арестом до 6 месяцев, или лишением свободы до трех лет (ч. 1 ст. 296 КК).

Те же действия, но совершенные группой лиц, статья 296 КК определяет как злостное хулиганство, и наказываются ограничением свободы на срок до 5 лет или лишением свободы до 4-х лет (ч. 2). Оказание сопротивления лицам, останавливающим хулиганские действия, наказывается лишением свободы на срок от 2-х до 7 лет (ч. 3).

Особенно злостным есть хулиганство, при совершении которого было применено огнестрельное оружие, ножи, кастеты, а также другие предметы, которые были приспособлены для нанесения телесных повреждений.

Таким образом, особенно злостное хулиганство дополнительно характеризуется орудием преступления, и такие действия наказываются лишением свободы от 3 до 5 лет (ч. 4 ст. 296).

Уголовная ответственность определяется согласно Криминальному Кодексу Украины:

4.1 Уголовной ответственности подлежат лица, которым до совершения преступления исполнилось 16 лет,

4.2 Лица, совершившие преступления в возрасте от 14-16 лет подлежат уголовной ответственности за:

- умышленное убийство (ст. 115-117);
- посягательство на жизнь государственного или общественного деятеля, работника правоохранительного органа (ст. 112, 348, 379, 400, 443);
- умышленное тяжкое телесное повреждение (ч. 3 ст. 121 ст. 345, 346, 350, 377, 398);

- умышленное средней тяжести телесное повреждение (ст. 122, 345, 346, 350, 377, 398);
- диверсию (ст. 113);
- бандитизм (ст. 257);
- террористический акт (ст. 258);
- захват заложников (ст. 147 и 349);
- изнасилование (ст. 152);
- грабеж (ст. 186, 262, 308);
- разбой (ч. 3, ст. 187, 262, 308);
- вымогательство (ст. 189, 262, 308);
- умышленное уничтожение или повреждение имущества (ч. 2, ст. 194, 347, 352, 378);
- повреждение путей сообщения и транспортных средств (ч. 2, 3 ст. 289);
- незаконное завладение транспортным средством (ч. 2, 3 ст. 289).

В связи с ростом наркомании среди детей и подростков, особое внимание следует обратить на ч. 1 ст. 307 («Незаконное производство, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення, пересилання чи збут наркотичних засобів карається позбавленням волі на строк від 3 до 8 років») и ст. 308 («Незаконное производство, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення, пересилання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів без мети збуту караються позбавленням волі на строк від 3 до 8 років»). Представленный перечень статей (КК Украины) можно использовать в беседе с детьми по предупреждению как девиантного, делинквентного поведения, так и правонарушений и преступлений.

## **МЕТОДЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ. КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ. РЕГИСТРЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.**

При проведении психиатрического исследования основным является клиничко-психопатологический метод, который направлен на выявление психопатологических симптомов и синдромов. Клиничко-психопатологический метод включает в себя анализ жалоб больного, данных анамнеза, клинического интервью и оценки внешних проявлений психического состояния больного.

Наряду с оценкой психического статуса клиническое исследование в психиатрии включает оценку соматического и неврологического статуса больного, а также использование результатов

Полученные в ходе обследования данные заносятся в историю болезни.

### **Схема истории болезни**

#### 1. Паспортные данные (сведения).

фамилия, имя, отчество, год рождения, образование, место обучения или работы, специальность, домашний адрес, дата поступления в стационар

#### 2. Жалобы больного.

необходимо фиксировать все жалобы больного не только психические, но и соматические, при этом желательно фиксировать прямую речь больного.

#### 3. Субъективный анамнез жизни и болезни (со слов больного).

В психиатрической истории болезни принципиально важно собрать анамнестические данные о жизни больного перед анамнезом заболевания, что дает возможность выяснить некоторые эпизоды, которые больной не оценивает как болезненные. Необходимо полное описание всех этапов жизни больного, перенесенных им заболеваний, экзогенных вредностей, данных о наследственности, соматическом и психическом здоровье его ближайших родственников.

В анамнезе заболевания должны быть отображены события или провоцирующие факторы болезни, описаны первые признаки заболевания, частота госпитализаций, применявшиеся методы терапии и их эффективность, динамика заболевания, ее влияние

на качество жизни и трудоспособность больного.

4. Объективный анамнез жизни и болезни (из медицинской документации либо других достоверных источников информации).

Для сопоставления с информацией полученной от самого пациента

5. Состояние больного на момент обследования:

а) соматическое:

по общей схеме исследования, принятой в соматических клиниках.

б) неврологическое:

в соответствии с схемой обследования неврологического статуса в неврологической клинике.

в) психическое («психический статус»)

- ✓ степень контакта больного с врачом (хороший контакт, формальный и др);
- ✓ ориентировка в месте, в окружающих лицах, во времени, в собственной личности;
- ✓ нарушения восприятия (метаморфопсии, иллюзии, галлюцинации), описание их характера относительно анализаторов, по сложности, по полноте развития, по отношению к больному, признаки галлюцинаторного поведения;
- ✓ особенности внимания (прикованность, истощаемость, снижение привлекаемости, рассеянность)
- ✓ нарушения памяти (гипермнезии, гипомнезии, амнезии, парамнезии);
- ✓ нарушения мышления: по темпу (ускорение, замедление, задержка мышления), по связности ассоциаций (расщепление мышления, паралогическое мышление, бессвязное мышление, резонерство, детализация), по содержанию (навязчивые, сверхценные, бредовые идеи), бредовые идеи и их систематизация, нарушения интеллекта;
- ✓ нарушения эмоций: настроение, эмоциональные реакции во время обследования (неадекватность эмоций, амбивалентность и др.), нарушения эмоций по силе (усиление, ослабление), нарушения подвижности эмоций;
- ✓ нарушения эффекторно-волевой сферы: состояние целенаправленной активности (усиление, ослабление, извращение), состояние влечений (усиление, ослабление, отклонения).

Как правило, все психопатологические проявления иллюстрируются прямой речью, высказываниями больного, описанием его поведения, мимики и т.п.

7. Выводы по материалами первичного обследования, предварительный синдромологический диагноз.

определение психопатологического синдрома, постановка предварительного диагноза, назначение экстренных лечебных мероприятий.

8. Данные последующего наблюдения и обследования больного.

Лабораторные и инструментальные исследования, результаты обследования другими специалистами, результаты психодиагностического исследования, записи ежедневного наблюдения за больными и т.д.

9. Проведение дифференциальной диагностики.

Путем сравнения клинических данных конкретного больного с типичной клинической картиной всех заболеваний при которых может наблюдаться установленный в предварительном диагнозе ведущий психопатологический синдром.

10. Установление окончательного диагноза.

установление окончательного нозологического и синдромологического диагноза, назначение лечения

11. Назначения лечения.

Изложить и обосновать рекомендации по лечению данного больного.

12. Определение прогноза и социально-трудовых рекомендаций.

## **Психометрические шкалы**

**Психопатологические симптомы.** *Симптом* - это какой-либо повторяемый у разных больных феномен, который указывает на патологию, болезненное отступление от естественного хода психических процессов, ведущий к дезадаптации. Основное диагностическое значение симптомов реализуется через образованные из них синдромы.

**Психопатологические синдромы.** *Синдромом* называют повторяемое соединение симптомов, тесно связанных между собою общими механизмами происхождения и характеризующих текущее состояние больного. Синдром есть важнейшей диагностической категорией психиатрии.

#### **Понятия о регистрах психических расстройств**

Синдромы непсихотического регистра в основном характеризуются нарушениями в эмоциональной и двигательно-волевой сферах при наличии осознания факта болезни.

Синдромы психотического регистра характеризуются наличием как минимум одного из следующих признаков: галлюцинации, бредовые идеи, расстройства сознания при отсутствии осознания факта болезни

Синдромы дефектно-органического регистра характеризуются когнитивными нарушениями (расстройства памяти, внимания, мышления и интеллекта) с частичным фактом осознания болезни.

#### **Классификация психических расстройств.**

Международная классификация болезней (МКБ) разрабатывается Всемирной организацией здравоохранения с целью унификации диагностического подхода при проведении статистических, научных и социальных исследований. В настоящее время действует 10-й пересмотр – МКБ-10 (ICD-10), где психические расстройства и нарушения поведения составляют главу 5 (F).

#### **Классификация психических и поведенческих расстройств (список рубрик главы 5 МКБ-10)**

F0 Органические, включая симптоматические, психические расстройства:

F00 - болезнь Альцгеймера

F01 - сосудистая деменция

F02 - другая деменция (болезни Пика, Крейтцфельда-Якоба, Паркинсона, хорея Гентингтона, СПИД и др.)

F03 - деменция неуточненная

F04 – амнестический (Корсаковский) синдром неалкогольный

F05 - делирий неалкогольный

F06 - другие расстройства (галлюциноз, бред, кататония и др.)

F07 - органическое расстройство личности

F09 – неуточненное органическое расстройство

F1 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ:

F10 - алкоголя

F11 - опиатов

F12 - конопли

F13 - седативных и снотворных средств

F14 - кокаина

F15 - психостимуляторов и кофеина

F16 - галлюциногенов

F17 - табака

F18 - летучих растворителей

F19 - других или сочетания вышеуказанных

F2 Шизофрения, шизотипичные и бредовые расстройства:

F20 - шизофрения, в частности выделяют формы:

F20.0 - параноидная

F20.1 - гебефреническая

F20.2 - кататоническая

F20.3 - недифференцированная

F20.4 - постшизофреническая депрессия

F20.5 - резидуальная

F20.6 - простая

F20.8 - другие

F20.9 - неуточненная

F21 – шизотипичное расстройство

F22 - хронические бредовые расстройства  
F23 - острые и транзиторные бредовые расстройства  
F24 - индуцированный бред  
F25 - шизоаффективные психозы  
F28 - другие неорганические психозы  
F29 - неуточненный бредовый психоз  
F3 Аффективные расстройства:  
F30 - маниакальный эпизод  
F31 - биполярный психоз  
F32 - депрессивный эпизод  
F33 - рекуррентное депрессивное расстройство  
F34 - хронические расстройства настроения  
F38 - другие  
F39 - неуточненные  
F4 Невротические, связанные с стрессом и соматоформные расстройства:  
F40 - тревожно-фобическое расстройство  
F41 - панические атаки и другие тревожные состояния  
F42 - обсессивно-компульсивное расстройство  
F43 - реакция на стресс и расстройства адаптации  
F44 - диссоциативное (конверсионное) расстройство  
F45 - соматоформное расстройство  
F48 - невращения  
F49 - неуточненные  
F5 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами:  
F50 - расстройства приема пищи  
F51 - неорганические расстройства сна  
F52 - половая дисфункция  
F53 - расстройство послеродового периода  
F54 - психосоматические расстройства  
F55 - злоупотребления средствами, не вызывающими зависимости  
F59 - неуточненные  
F6 Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых:  
F60 - специфические расстройства личности (психопатии), в том числе:  
F60.0 - параноидное (паранойальное)  
F60.1 - шизоидное  
F60.2 - диссоциальное  
F60.3 - эмоционально нестойкое  
F60.4 - истерическое  
F60.5 - ананкастное  
F60.6 - тревожное  
F60.7 - зависимое  
F60.8 - другие  
F60.9 - неуточненные  
F61 - смешанные и прочие расстройства личности  
F62 - изменения личности вследствие психотравмы, психической болезни и др.  
F63 - расстройства привычек и влечений  
F64 - расстройства половой идентификации  
F65 - расстройства сексуального предпочтения  
F66 - расстройства сексуального развития и ориентации  
F68 - другие (симуляция, синдром Мюнхгаузена и др.)  
F69 - неуточненные  
F7 Умственная отсталость:  
F70 - легкая умственная отсталость  
F71 - умеренная умственная отсталость  
F72 - тяжелая умственная отсталость  
F73 - глубокая умственная отсталость  
F78 - другая  
F79 - неуточненная  
F8 Нарушения психологического развития:  
F80 - нарушения развития речи  
F81 - расстройства развития школьных навыков  
F82 - нарушения развития двигательных функций  
F83 - смешанные расстройства развития

F84 - детский аутизм и общие расстройства развития  
F88 - другие расстройства развития  
F89 - неуточненные  
F9 Поведенческие и эмоциональные расстройства, которые начинаются обычно в детском и подростковом возрасте:  
F90 - гиперкинетический расстройство  
F91 - расстройство поведения  
F92 - смешанные расстройства поведения и эмоций  
F93 - тревожные, фобические и прочие расстройства  
F94 - расстройства социального функционирования  
F95 - тиковые расстройства  
F98 - энурез, энкопрез, заикание, расстройства питания  
F99 Неуточненное психическое расстройство

## **МЕЖДУНАРОДНАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В ПЕРВЫЕ ГОДЫ ЖИЗНИ**

Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития в младенчестве и раннем детстве – **DiagnosticClassification: 0-3**.

DiagnosticClassification: 0-3 представляет собой результат работы большого коллектива специалистов Европы и Северной Америки, которая была проведена в 1987-94 гг. в Национальном центре клинических программ по раннему детству в Арлингтоне (США). При создании классификации использовалась определенная база данных – множество конкретных случаев, которые оценивались в процессе экспертной дискуссии. Концептуально DiagnosticClassification: 0-3 представляется как дополнительная классификация уже существующим DSM-IV и ICD-10. Она носит новаторский характер, так как описывает ряд диагностических категорий, не выделенных в предыдущих классификационных системах, а также фокусирует внимание клинициста на специфических проблемах раннего детского возраста.

Основные цели и задачи классификации

- ✓ определить единые подходы к психопатологической диагностике детей в возрасте до 3 лет включительно
- ✓ дать возможность идентификации на современном уровне знаний ряда этиопатогенетических факторов ранней детской психопатологии
- ✓ позволяет диагностировать состояния риска
- ✓ содержит конкретные рекомендации для психотерапевтического вмешательства.
- ✓ Соответственно задачам, DiagnosticClassification: 0-3 строится как многоосевая классификационная система.
- ✓ Для работы с классификацией предлагается следующая схема обследования:
- ✓ регистрация отклонений и патологических симптомов, имеющих место у ребенка на данный момент
- ✓ сбор данных о предыдущем и настоящем развитии ребенка
- ✓ описание семейного функционирования и личности родителей, а также социальной характеристики семьи
- ✓ описание взаимоотношений ребенка и его главного воспитателя (caregiver)
- ✓ выяснение особенностей конституции и степени зрелости ребенка путем оценки его сенсорных, аффективных, моторных, речевых и когнитивных возможностей
- ✓ учет анамнеза беременности и родов, генеалогических данных, стрессоров на момент обследования.

Полученная информация в дальнейшем оценивается в рамках **5-ти диагностических осей**:

1. Ось основного диагноза.
2. Ось нарушений взаимоотношений.

3. Ось сопутствующих соматических, неврологических и психических расстройств, диагностируемых по другим классификациям.

4. Ось психосоциальных стрессоров.

5. Ось уровня функционального эмоционального развития.

Первая и главная ось – ось основного диагноза, которая включает в себя 7 диагностических рубрик с подпунктами. 5 из них внешне повторяют диагностические рубрики и подрубрики ICD-10 и DSM-IV – это (в порядке следования Diagnostic Classification: 0-3) посттравматическое стрессовое расстройство, расстройства эффекта, расстройства адаптации, поведенческие нарушения, связанные с нарушениями сна, и поведенческие нарушения, связанные с приемом пищи. Две оставшиеся рубрики представляют собой новые диагностические обозначения, отсутствующие в упомянутых классификациях, - это регуляторные расстройства и нарушения связей и коммуникаций: мультисистемное нарушение развития.

**«0-3 Диагностическая классификация психического здоровья и нарушений в развитии у младенцев и маленьких детей»  
(«0-3 Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood»)**

Ось 1. Первичный диагноз

- 100. Посттравматические расстройства (Traumatic Stress Disorder)
- 200. Расстройства эмоционального реагирования (нарушения аффекта) (Disorder of Affect)
- 201. Тревожные расстройства (Anxiety Disorder of Infancy and Early Childhood) по силе и по времени
- 202. Нарушения настроения – реакция горя (Mood Disorder: Prolonged Bereavement/ Grief Reaction)
- 203. Нарушения настроения – депрессия (Mood Disorder: Depression of Infancy and Early Childhood)
- 204. Нарушения эмоциональной экспрессивности (выразительности) (Mixed Disorder of Emotional Expressiveness)
- 205. Нарушения половой идентификации у детей (Childhood Gender Identity Disorder)
- 206. Реактивные расстройства, связанные с депривацией привязанности (недостатком ухода и внимания) (Reactive Attachment Deprivation/Maltreatment Disorder of Infancy)
- 300. Нарушения адаптации (расстройства приспособления) (Adjustment Disorder) не 2 < нед. и не 4 < мес.
- 400. Регуляторные нарушения (Regulatory Disorders), должно быть с самого начала
- 401. Гиперсензитивные нарушения (Type 1: Hypersensitive)
- 402. Гипореактивные нарушения (Type 2; Under-reactive)
- 403. Импульсивные, моторно-дезорганизованные (Type 3: Motorically Disorganized, Impulsive)
- 404. Другие (Type 4: Other)
- 500. Нарушения сна (Sleep Behavior Disorder)
- 600. Нарушения питания (Eating Behavior Disorder)
- 700. Нарушение взаимодействия и коммуникации – мультисистемные нарушения развития и первазивные расстройства. (Disorder of Relating and Communicating ... Multisystem Developmental Disorder)

Ось 2. Классификация нарушений отношений

- 901. Сверхвовлеченность (Overinvolved)
- 902. Недостаток вовлеченности (Underinvolved)
- 903. Тревога, напряжение (Anxious/Tense)
- 904. Враждебность (Angry/Hostile)
- 905. Смешанные нарушения отношений (Mixed Relationship Disorder)
- 906. Насилие (Abusive)
- 906а. Насилие словесное (вербальное) (Verbally Abusive)
- 906б. Насилие физическое (Physically Abusive)
- 906в. Насилие сексуальное (Sexually Abusive)

Шкала обследования родительско-детских отношений (PIR-GAS)

Оценки ниже 40 включают нарушения, серьезные нарушения и в тяжелой степени нарушенные отношения. Оценки от 40 до 70 описывают лишь тенденции в отношениях, которые не представляют особенной опасности и поэтому не могут быть названы нарушениями.

90. Хорошо адаптированные (Well adapted) Хорошие отношения, энтузиазм и взаимное удовольствие, свобода от конфликтов, отношения способствуют росту и развитию ребенка.
80. Адаптированные (Adapted) Нет патологии в отношениях. Существует взаимность, удовольствие, синхронность.
70. Измененные (Perturbed) Отношения некоторым образом не оптимальны. Сложности относятся к одной сфере отношений, в других сферах все в порядке. Сложности присутствуют от нескольких дней до нескольких недель. (Заболевший ребенок плохо спит, чем очень расстраивает родителей, либо родители заняты переездом и не уделяют ребенку обычного внимания).
60. Значительно измененные (Significantly Perturbed) Отношения в основном адекватны и удовлетворяют родителей. Сложности присутствуют лишь в некоторых областях, не дольше чем месяц. (Тоддлер отказывается от еды после рождения сиблинга).
50. Стресс (Distressed) Есть сложности, но отношения все-таки гибкие и адаптивные. (Тоддлер очень часто расстраивается, когда его мать не хочет кормить его помедленнее и избегает отношений «лицом - к - лицу», в остальном, все нормально).
40. Нарушенные (Disturbed) Есть серьезный риск нарушений отношений в диаде. Адаптивность отношений снижается из-за присутствия конфликтов. Понимание намерений другой стороны становится субъективным (родитель и ребенок доводят друг друга до слез в разных ситуациях – кормление, одевание, укладывание...).
30. Расстройство (Disordered) Относительно стабильные, мало адаптивные отношения, стресс у одного или обоих партнеров. Ригидность в отношениях, особенно, когда они приводят к стрессу. Конфликтность, отношения могут в большой степени препятствовать развитию ребенка (депрессивный родитель ищет успокоения у своего ребенка, как бы перекладывая на него родительскую роль).
20. Серьезно нарушенные (Severely Disordered) Отношения серьезно нарушены. Один или оба партнера переживают серьезный стресс. Мало адаптивности, ригидность, ничего не меняется к лучшему, это происходит в течение уже длительного времени. Конфликты затрагивают значительную часть отношений (отец и тоддлер постоянно конфликтуют).
10. Тяжелое нарушение (Grossly Impaired) Отношения опасно дезорганизованные. Ребенку может быть нанесено физическое повреждение.

Ось 3. Медицинские диагнозы и состояния, нарушения развития

Ось 4. Психосоциальные стрессоры

Ось 5. Функциональный уровень эмоционального развития

**Краткое описание классификационной системы**

Правила выбора соответствующего диагноза

Первичный диагноз должен отражать наиболее выраженные признаки патологии.

Нижеследующие правила помогут врачу в определении диагноза.

1. Посттравматические отклонения должны рассматриваться в первую очередь. Эта патология может существовать только при наличии стресса в анамнезе.

2. Регуляторные нарушения должны рассматриваться при наличии явных конституциональных или основанных на нарушениях развития сенсорных, двигательных, организационных или интеграционных проблем.

3. Нарушения адаптации должны рассматриваться, если существующие проблемы умеренны и относительно недолго наблюдаются (менее 4 месяцев, и связаны с определенным внешним экзогенным событием).

4. Нарушения настроения и эмоциональной реакции должны рассматриваться, если не наблюдается явных конституциональных или основанных на нарушениях развития отклонений, серьезного стресса или травмы, но существующие проблемы явно выражены или продолжают достаточно долго.

5. Мультисистемные нарушения развития и отклонения, вызванные плохим отношением должны рассматриваться после всех других категорий.

6. Патология взаимоотношений должна рассматриваться, если определенные трудности возникают только во взаимоотношениях с определенными людьми.

7. Отклонения, вызванные плохим отношением, потерей, должны рассматриваться при неадекватном физическом, психологическом и эмоциональном уходе за ребенком.

8. Такие симптомы как нарушение сна и приема пищи требуют оценки моментов, лежащих в основе этих нарушений (внезапная травма, реакция адаптации, или отклонения, вызванные плохим отношением, потерей, регуляторные и мультисистемные нарушения развития).

### **Ось 1. Первичная диагностика**

Первичный диагноз должен отражать наиболее выраженные черты отклонения психического здоровья.

#### 100. Отклонения, вызванные травматическим стрессом (TSD)

Этот диагноз имеет ряд симптомов, которые могут наблюдаться у ребенка, пережившего отдельный травмирующий случай, серию связанных травмирующих событий или хронический стресс. Ребенок мог быть непосредственным участником травмирующего события, мог быть свидетелем случая, повлекшего за собой чью-то смерть, угрозу для жизни или серьезную травму ребенка или других людей.

#### Травмирующее событие:

- ✓ Внезапное или неожиданное (землетрясение, теракт, нападение животного);
- ✓ серия связанных событий (повторяющиеся авианалеты);
- ✓ длительная травмирующая ситуация (хроническое избиение или сексуальные домогательства)

Природа симптомов должна быть понятна в контексте травмы, персональной характеристике случая ребенком, способности воспитателя (родителя) помочь ребенку справиться с проблемой, в пределах чувства защищенности и безопасности. В некоторых случаях воспоминания детей могут изменяться в результате попыток переиграть травму. Поэтому изменение мнения ребенка о травмирующем случае необязательно значит, что травма была просто фантазией.

При тяжелых психологических травмах типа угрожающей жизни раны у члена семьи, в большинстве случаев, без эффективного вмешательства реакции на травматический стресс останутся.

При диагностике TSD врач должен искать существование травмирующего события и ниже перечисленных явлений:

#### 1. Переигрывание травмирующего события, проявляющееся следующим образом:

- ✓ посттравматическая игра с введением каких-то аспектов травмы;
- ✓ повторяющиеся воспоминания – вопросы о травмирующем событии. При этом необязательно ребенок страдает;
- ✓ повторяющиеся ночные кошмары, особенно если содержание снов связано с травмой;
- ✓ стресс при упоминании травмы;
- ✓ неадекватное поведение, вызванное "вспышками" в памяти отдельных эпизодов травмы.

#### 2. Снижение реакции или нарушения в развитии, появившиеся после травмирующего события.

- ✓ усиление социального отчуждения;
- ✓ ограничение рамок реакций;
- ✓ временная потеря ранее приобретенных навыков;
- ✓ пониженный интерес к игре по сравнению с уровнем интереса до травмирующего события.

#### 3. Симптомы повышенного возбуждения:

- ✓ ночные страхи – ребенок просыпается с криком, дыхание и сердцебиение учащенное,

потливость. Появляются в первой трети ночи и длятся от 1 до 5 минут;

- ✓ отказывается идти спать;
- ✓ повторяющиеся ночные пробуждения, не связанные с ночными страхами;
- ✓ снижение концентрации внимания;
- ✓ гипербдительность;
- ✓ реагирует на все с преувеличенным страхом.

4. Симптомы (страх или агрессия) ранее не проявлявшиеся:

- ✓ агрессия по отношению к ровесникам, взрослым и животным;
- ✓ разделение страхов на части;
- ✓ боязнь темноты;
- ✓ другие новые страхи;
- ✓ пессимизм или поведение, провоцирующее на оскорбление (мазохизм);
- ✓ сексуальное и агрессивное поведение, не соответствующее возрасту;
- ✓ другие невербальные реакции, пережитые во время травмы (соматические симптомы, боли);
- ✓ другие новые симптомы.

Если зарегистрировано травмирующее событие и выше перечисленные симптомы диагноз TSD ставится в дополнение к другим первичным диагнозам.

#### 200. Нарушения эмоциональной реакции

Эта категория фокусируется больше на детских эмоциональных переживаниях и симптомах, являющихся основными особенностями поведения ребенка, чем на ситуационных специфических признаках.

Сюда включены аномальные страхи, неадекватное настроение, смешанные нарушения эмоциональных проявлений, нарушение определения пола, аномальные пристрастия. На детских переживаниях и на симптомах, являющихся основными особенностями поведения ребенка эта категория фокусируется больше, чем на специфических для каких-либо ситуаций симптомах.

Серьезные задержки в развитии у детей с нарушениями эмоциональной реакции не проявляются. Поэтому эмоциональные нарушения могут быть противопоставлены регуляторным отклонениям или нарушениям в развитии: регуляторные отклонения имеют явное конституциональное содействие или сопровождаются нарушениями в созревании, и мультисистемные отклонения включают в себя множественные проблемы в развитии.

Эмоциональные нарушения часто связаны с определенными взаимоотношениями между ребенком и родителями (воспитателем).

#### 201. Патологические страхи в раннем детстве

Диагноз «Патологические страхи» может базироваться на:

- ✓ Разносторонних множественных или специфических страхах.
- ✓ Чрезмерном сепарации или боязни незнакомых людей.
- ✓ Эпизодах чрезмерного волнения или паники без явно выраженной стремительности.
- ✓ Чрезмерном подавлении или «сжатии» в поведении из-за волнения.
- ✓ Серьезном беспокойстве, связанном с недостатком развития основных эго-функций, обычно появляющихся в возрасте 2-4 лет. Эти функции включают управление импульсами, рост стабильной регуляции настроения, «тестирование» действительности.
- ✓ Поведенческих проявлениях страха как волнения, неудержимого плача, крика.
- ✓ Страхи ребенка можно квалифицировать как патологические, если они наблюдаются на протяжении, как минимум двух недель и вредят социальным взаимоотношениям, игре, речи, сну.

Обдумывая диагноз «Патологические страхи», врач должен рассматривать существующие симптомы, их продолжительность и степень их негативного влияния на ребенка.

При постановке диагноза «Патологические страхи» врач должен всегда помнить следующее:

- ✓ если известно о травмирующем событии в прошлом и начало существующих проблем было замечено после травмы, то первым должен идти диагноз TSD;
- ✓ диагноз «Патологические страхи» не должен быть поставлен при наличии «Мультисистемных отклонений в развитии»;
- ✓ если наблюдаются нарушения сенсорной реактивности, нарушения речи, слухового и визуально-пространственного восприятия или двигательные проблемы, то на первом месте должны стоять «Регуляторные нарушения»;
- ✓ если страхи ребенка ограничены особыми взаимоотношениями, то только диагноз «Отклонения во взаимоотношениях» должен приниматься во внимание.

## 202. Отклонения в настроении: Продолжительная тяжелая утрата/

### Печальная реакция

Эта категория основана на предпосылке, что потеря «самого главного человека» почти всегда является серьезной проблемой для маленького ребенка, потому что большинство детей не имеют эмоционального и познавательного ресурсов для того, чтобы справиться с такой огромной проблемой. Страдающий ребенок может иметь другого воспитателя, который тоже грустит и не способен оказать поддержку. Детская печаль в таком случае может осложняться. Все печальные реакции и настроения ребенка требуют ближайшего рассмотрения и вмешательства, даже если симптомы мимолетны.

Проявления этого состояния могут включать **протест, отчаяние, отделение**. Среди других проявлений:

- ✓ Ребенок может плакать, звать и искать отсутствующего родителя, отказываясь от заботы другого человека.
- ✓ Возможно эмоциональное уединение, вялость, грустное выражение лица, отсутствие интереса к соответствующим возрасту занятиям.
- ✓ Может быть нарушен сон и потребление пищи.
- ✓ Возможна регрессия или потеря ранее достигнутого уровня развития.
- ✓ Ребенок может проявлять суженый диапазон эмоциональных реакций.
- ✓ Может появиться отделение. Это может принять форму индифферентности по отношению к напоминанию об отсутствующем родителе (фотография или упоминание имени родителя, избирательная «забывчивость» с кажущимся неузнаванием).
- ✓ Крайняя чувствительность к любым напоминаниям о родителе (ребенок показывает свое горе, трогает предметы, принадлежащие родителю). Такие предметы-ценности или напоминания могут быть источниками комфорта и счастливых воспоминаний до тех пор, пока ребенок, еще не осознает неизбежность потери. Ребенок может также проявить сильные эмоции по отношению к любой теме, даже незначительно связанной с расставанием и потерей, отказываясь, например, играть в прятки или плакать навзрыд, когда предмет домашнего обихода переставлен с его обычного места.

Эту патологию необходимо дифференцировать от диагноза «Посттравматические нарушения». Врач должен обратить внимание на природу симптомов. При «Посттравматических нарушениях» наблюдается тенденция к навязчивым повторяющимся приступам. При «Печальных реакциях» можно наблюдать тенденцию к депрессии и апатии.

## 203. Отклонения в настроении. Депрессия в раннем детстве

Эта категория применима по отношению к детям, периодически проявляющим депрессивное или раздраженное настроение с уменьшенным интересом к занятиям, соответствующим их возрасту, сниженной способностью протестовать, чрезмерным хныканьем и суженным репертуаром социальных взаимодействий. Эти симптомы могут сопровождаться расстройствами сна, аппетита, включая потерю веса.

Симптомы должны наблюдаться на протяжении, как минимум двух недель.

Если же отклонения не очень серьезные и наблюдаются в ситуации адаптации ребенка (например, возвращение матери на работу после декретного отпуска), тогда нужно иметь в виду диагноз «Адаптационные нарушения». Если ни одно из этих явлений не наблюдается, то диагноз «Депрессия» должен приниматься как первичный.

#### 204. Смешанные нарушения эмоционального выражения

Эта категория может быть применима по отношению к детям, имеющим проблемы с выражением соответствующих возрасту эмоций. Эти проблемы понимаются как отражение нарушений в их эмоциональном развитии.

Возможные проявления:

- ✓ Отсутствие одного и более типов эмоций, ожидаемых в этом возрасте Среди них: удовольствие, недовольство, радость, злость, страх, любопытство, стыд, грусть, увлеченность, зависть, ревность, сочувствие, гордость. Отсутствие проявлений страха или беспокойства, которые должны проявляться на определенных этапах развития может служить адаптационным целям или целям самозащиты (ребенок не выражает эмоции, служащие сигналом беспокойства по поводу расставания).
- ✓ Пределы эмоционального выражения сужены по сравнению с ожидаемыми эмоциями на этом уровне развития (эмоциональное торможение или суженный эмоциональный диапазон). Не соответствующие ситуации эмоции.
- ✓ Нарушение яркости эмоций, отсутствие модуляции эмоций
- ✓ Эмоции, неадекватные ситуации (ребенок смеется, когда расстроен).

Этот диагноз не ставится, если ребенку уже поставлен диагноз «Патологические страхи» или «Депрессия». Настоящий диагноз должен применяться по отношению к детям с отставанием в развитии только, если у ребенка имеются проблемы с выражением эмоций, соответствующих возрасту.

#### 205. Нарушения в определении своего пола у детей

Этот диагноз включает в себя ограниченные нарушения в определении ребенком своего пола, которые становятся очевидными в течение восприимчивого периода развития (2-4 года), когда ребенок впервые учится классифицировать себя и других по полу. Дети с этим диагнозом имеют глубокое чувство дискомфорта, беспокойство и чувство несоответствия своему полу. Дискомфорт от чувства несоответствия своему полу по интенсивности равен желанию быть человеком противоположного пола, которое проявляется в играх, фантазиях, выборе занятий, одежды в зависимости от уровня детского понимания половых стереотипов.

Критерии, описанные ниже, согласуются с критериями, описанными в Диагностическом и Статистическом справочнике Американской Психиатрической Ассоциации (DSM-IV) и появились здесь потому, что «Нарушения определения пола» являются новой категорией в обеих системах. Описание этого диагноза включает более детальное описание типов поступков и отношений, наблюдаемых у маленьких детей с этим типом нарушений.

1. Упорно идентифицирует себя как человека противоположного пола, что проявляется, как минимум, 4 пунктами :

- ✓ периодически заявляет о желании быть ребенком другого пола, или настаивает, что он другого пола;
- ✓ мальчики предпочитают одеваться как девочки или притворяются, что они одеты в женскую одежду; девочки настаивают на стереотипной мальчуковой одежде;
- ✓ упорное предпочтение изображать в играх ребенка другого пола, или фантазии о том, как быть другого пола;
- ✓ сильное желание принимать участие в играх детей противоположного пола;
- ✓ предпочтение играть с детьми другого пола

2. Постоянный дискомфорт от осознания своего пола или чувство несоответствия своему полу, проявляющееся следующим:

✓ мальчики утверждают, что половой член и яички, противные и скоро исчезнут; или утверждают, что было бы лучше, если бы полового члена не было; или выражают отвращение по отношению к мальчишеским игрушкам, играм и занятиям; привязаны к идее, что они не хотят быть мальчиками;

✓ девочка отказывается писать сидя; утверждает, что она не хочет, чтобы росла грудь или началась менструация; проявляет отвращение по отношению к женской одежде; привязана к идее, что не хочет быть девочкой.

3. Гермафродитизм как отсутствие непсихиатрического медицинского состояния.

Появление ощущения, осознания собственного пола является процессом развития ребенка, который имеет много нормальных вариантов. Это существенно для дифференцирования «Нарушений определения пола» от следующих нормативных вариантов, так же как и от других похожих патологий.

1. Нормальная эволюционная изменчивость.

Для детей 2-3 лет не очень обычно уверять всех в том, что они другого пола или одеваться как дети другого пола. Это нормально, когда проявляется детьми в игре, когда они имитируют маму, папу, сестру, брата, младенца или даже домашнее животное. Если у ребенка есть неудержимый интерес к играм детей противоположного пола, и это повторяется, то эти случаи очень нетипичны, даже в 2 года.

2. Половое несоответствие.

Дети, осознающие свой пол и имеющие позитивные чувства от осознания своего пола, могут также иметь тягу к тому, что относится к противоположному полу. Маленький мальчик может проявлять интерес к приготовлению пищи, выращиванию цветов, к музыке. Маленькая девочка может обнаружить, что она лучший спортсмен, чем большинство мальчиков ее возраста, и начать получать удовольствие от занятий спортом. Этот тип поведения определяет половое несоответствие и не сопровождается неприязнью к своему полу. Это не патологический феномен и может быть связан с более высоким уровнем поведенческой гибкости и здоровья.

3. Tomboyism

Диагноз «Нарушения определения пола» у девочек должен быть отдифференцирован от диагноза Tomboyism. Девочки, предпочитающие носить брюки и играть с мальчиками, могут быть отнесены к «tomboys». Эти девочки не страдают от осознания своего пола. В противоположность им, девочки с такими же предпочтениями, но страдающие от осознания своего пола, от своей анатомии, от необходимости носить женскую одежду, вероятно, имеют проблемы и можно думать о диагнозе «Нарушение определения пола».

4. Желание быть и мальчиком и девочкой.

Примерно в возрасте 2.5-3.5 лет, когда дети учатся делить людей на мужчин и женщин, многие дети чувствуют себя способными быть детьми обоих полов. Маленькие мальчики могут верить, что они способны рожать детей; маленькие девочки верят, что у них может вырасти половой член, в то время как они останутся девочками. Избавившись от этой иллюзии, дети чувствуют потерю. Некоторые дети с особенно хрупкой самооценкой психологически тяжело переносят обсуждение этой проблемы, и в своем поведении показывают признаки того, что они продолжают тайно надеяться на возможность быть и мальчиком и девочкой, и выражают ярость в случае, если родные, с точки зрения ребенка, «отмахиваются» от детских надежд.

5. Дети с интерсексуальными состояниями.

Истинные интерсексуальные состояния включают в себя маленький размер полового члена у мальчиков или больших размеров клитор у девочек. Такие состояния могут вызывать растущие сомнения в отношении своего пола у детей.

Описанные расстройства поражают своей распространенностью, постоянством и продолжительностью. Эти диагнозы могут быть поставлены благодаря наблюдению,

рассказам родителей, психологической оценке или опроса, в зависимости от возраста ребенка и его контактности. У очень маленьких мальчиков, 1.5-2 лет, желание быть девочкой может проявиться вербально или косвенно в стойких постоянных фантазиях или переодеванием в девочку в игре. Мальчики с диагнозом «Нарушения в определении пола» часто одеваются в мамину одежду или используют вещи сестры. Если это невозможно, то могут импровизировать с полотенцами, футболками, одеялами или салфетками, пытаясь изобразить женскую одежду. Мальчик будет всегда играть женскую роль в игре, его любимые сказки будут обязательно иметь главного героя женского пола, например, Маленькая Русалочка, Золушка или Белоснежка. Такие мальчики часто проводят много времени, играя с куклой Барби. Может проявлять повышенный интерес к украшениям, косметике, лаку для ногтей, туфлям на высоких каблуках и т.д. Когда эти мальчики начинают подрастать и понимать, что гениталии являются признаком принадлежности к определенному полу, многие из них могут заявлять, что половой член им не нравится, и они хотят иметь влагалище. Некоторые отказываются писать стоя. Есть данные о случаях, когда мальчики с серьезными «Нарушениями...» пытались сами отрезать половой член.

Девочки с такой патологией очень хотят быть мальчиками. Они физически активны, спортивны и предпочитают в качестве друзей и партнеров по играм иметь мальчиков. Они не только отказываются надевать платья, предпочитая брюки, но и приходят в ярость и паникуют, если требуется надеть платье по какому-то особому случаю. Многие такие девочки настаивают на покупке одежды только в отделах для мальчиков. Большинство из них настаивают на коротких стрижках; многие придумывают себе нейтральное прозвище и настаивают на посещении мужского туалета в общественных местах. Очень типично для девочек с этой патологией отказываться писать сидя и утверждать о том, что у нее уже есть половой член или скоро будет; часто девочки заявляют, что не хотят иметь детей.

Мальчики с этой патологией обычно очень застенчивы, что особенно ярко проявляется в новых ситуациях. Типично для них избегать грубых игр. Обычно они физически менее активны, чем их ровесники. Многие имеют поразительные способности к имитации, что делает их особенно умелыми в играх, где нужно кого-то изображать. Они часто имеют талант к прикладному искусству и музыке. Большинство мальчиков имеют повышенную чувствительность к запахам и цвету; часто повышенную осязательную и слуховую чувствительность. Эти дети очень ранимы.

Намного меньше известно о конституциональной предрасположенности девочек с данной патологией. Они кажутся смелее и активнее других девочек. В отличие от мальчиков с описываемой патологией, они высоко активны в спорте. Наши клинические наблюдения показывают, что, несмотря на более открытую натуру, девочки имеют такой же высокий уровень беспокойства, как и мальчики, но справляются с ним другими, отличными от мальчиков, защитными путями. Типично для мальчиков с данной патологией то, что они боятся пораниться; многие из них имеют симптомы депрессии. По нашим данным, две трети не уверены в себе.

Дети с «Нарушениями в определении пола» имеют такое же множество симптомов нарушений поведения, как и дети с другими отклонениями, обращающиеся в психиатрическую клинику за помощью.

Большинство исследователей, наблюдающих за детьми с данной патологией, отмечают, что родители таких детей, как правило, ничего не предпринимают сами для нормализации состояния ребенка.

В историях мальчиков, как правило, обнаруживается наличие значительных травмирующих ребенка событий в течение первых трех лет жизни. Депрессивные состояния матери или отца наблюдаются в большинстве случаев. В течение самого восприимчивого периода развития ребенка (2-4 года) матери обычно страдают от депрессий в семьях, где отцы эмоционально не состоятельны. У девочек, как и у мальчиков отмечаются серьезные психологические травмы в течение первых трех лет жизни.

### 206. Расстройства, связанные с плохим отношением или недостатком внимания

Эта патология наблюдается в случаях, когда с ребенком плохо обращаются, или если ребенок совершенно очевидно нуждается в ласке, и проявляется следующим образом:

- ✓ Постоянная родительская небрежность или оскорбления физической или психологической сущности ребенка, интенсивное и продолжительное подтачивание основных чувств ребенка – защищенности и привязанности.
- ✓ Частая смена воспитателей, делающая привязанность невозможной.
- ✓ Другие продолжительные ситуации, которые отдаляют контроль родителей, мешают соответствующему уходу за ребенком, препятствуют стабильной привязанности.

Перед тем, как поставить этот диагноз, врачу необходимо подумать о других патологиях с похожими симптомами. Некоторые ошибки в воспитании, - например чрезмерная опека или беспокойство о ребенке – лучше всего описаны одной из первичных психоэмоциональных реакций или классификацией взаимоотношений. Если обстоятельства, мешающие сохранению взаимоотношений, временные, следует подумать об адаптационной реакции или нарушениях во взаимоотношениях.

Эта патология может быть связана с недостаточным физическим здоровьем или другими отклонениями, которые могут быть также закодированы отдельно в Оси III. Трудности в диагностике могут возникнуть при наличии глубокой задержки развития или при мультисистемных нарушениях развития ребенка.

### 300. Адаптационные нарушения

Об этом диагнозе нужно думать при наличии легких, непродолжительных ситуационных нарушений, симптомы которых не соответствуют другим предложенным диагнозам. Начало проблем должно быть связано с определенным экзогенным событием, таким как возвращение матери на работу после декретного отпуска, изменения в уходе или болезнь. В зависимости от возраста ребенка, его конституциональных характеристик и обстановки в семье, нормальная адаптация ребенка к изменившимся обстоятельствам может продолжаться несколько дней или недель, но не больше 4 месяцев. Врач должен быть способен идентифицировать событие, вызвавшее реакцию ребенка и временную природу симптомов.

У ребенка можно наблюдать симптомы эмоционального характера (подавленность, замкнутость), или поведенческие симптомы (сопротивление, частые вспышки раздражения).

Наличие определенного события и непродолжительная природа симптомов являются существенными для этой классификации. Этот диагноз не ставится, если симптомы появляются в результате повторяющихся событий в семье или повторяющегося взаимодействия между конституциональными и двигательными характеристиками, или когда в анамнезе есть серьезная психологическая травма. При наличии вышеуказанных примеров нужно думать о патологических страхах, нарушениях во взаимоотношениях, регуляторных нарушениях или травматическом стрессе.

### 400. Регуляторные нарушения

Регуляторные нарушения впервые становятся очевидными в младенчестве или раннем детстве. Они характеризуются трудностями ребенка в регуляции поведения и физиологических, сенсорных, двигательных, эмоциональных процессов и в организации спокойного или эмоционально-позитивного состояния.

Классификация предлагает четыре типа регуляторных нарушений. Функциональное определение для каждого типа включает определенную поведенческую модель, описание нарушений сенсорного, сенсорно-двигательного или организационного процессов, которые влияют на ежедневную адаптацию ребенка и на взаимоотношения.

Нарушения в организации модулирования реакции могут показать себя в следующих областях:

- ✓ Физиологическая область (неравномерное дыхание, вздрагивания, икота, рвота).
- ✓ Грубые движения (двигательная дезорганизация, резкие движения, постоянное движение).
- ✓ Тонкие движения (плохо дифференцированные или редкие, отрывистые или слабые движения).
- ✓ Организация внимания и концентрации («ведомое» поведение, неусидчивость, или наоборот чрезмерное упорство в занятиях с мелкими деталями).
- ✓ Эмоциональная организация: эмоциональный тон (спокойный, унылый или счастливый); диапазон эмоций (широкий или суженый); степень модуляции (резкие перемены в поведении от абсолютно спокойного до неистово кричащего); способность использовать эмоции как часть взаимоотношений с другими (уклончивое, противящееся, отказывающееся или требовательное поведение).
- ✓ Поведенческая организация (агрессивное или импульсивное поведение).
- ✓ Сон, прием пищи или естественные отправления.
- ✓ Речь (восприимчивая и выразительная) и проблемы познания нового.

Трудности в поведении ребенка могут включать в себя проблемы сна и кормления, трудности с контролем поведения, страхи, проблемы с развитием речи, сниженные способности к игре с другими детьми или самостоятельно. Родители могут жаловаться на то, что ребенок легко расстраивается или теряет терпение, тяжело адаптируется к переменам. Ежедневный заведенный порядок развивает у ребенка сенсорные, двигательные и эмоциональные навыки. Поэтому уход без учета индивидуальных особенностей, нестандартные ситуации, окружающие ребенка и изменения установленного порядка могут серьезно повлиять на состояние ребенка с регуляторными нарушениями, также как и его воспитатель.

Многие нарушения (эмоциональные, моторные, контроля поведения, речи), которые традиционно рассматривались, как отдельные нарушения, у детей могут быть частью серьезной патологии регуляции. Раннее созревание и конституциональные факторы способствуют усугублению проблем таких детей.

Диагноз «Регуляторные нарушения» включает в себя обязательно два критерия:

- ✓ определенную модель поведения
- ✓ затрудненные сенсорные, сенсорно-моторные или организационные процессы.

Если оба критерия не наблюдаются, то нужно думать о других соответствующих диагнозах. Например, ребенок стал раздражительным и замкнутым после того, как его «бросили»; это может быть основанием для предположения наличия у ребенка патологии «Нарушения во взаимоотношениях» или «Отклонения, связанные с плохим отношением». Ребенок, которого раздражает ежедневное общение с воспитателем при отсутствии явных сенсорных или сенсорно-моторных нарушений, может иметь патологию, связанную со страхами или настроением. (Проблемы со сном и питанием могут быть симптомами регуляторных нарушений или частью отдельных диагностических категорий).

Для постановки диагноза «Регуляторные нарушения», врач должен обнаружить один или более симптомов, перечисленных ниже:

- ✓ Чрезмерная или недостаточная реакция на громкие или высокие или низкие звуки.
- ✓ Чрезмерная или недостаточная реакция на яркий свет или новые или поражающие воображение визуальные образы, такие как форма или цвет.
- ✓ Тактильная защищенность (чрезмерная реакция на одевание, купание, взмахивание рук ног или туловища; уклонение от прикосновения «грязных» тканей); оральная гиперчувствительность (уклонение от еды, содержащей определенные компоненты).
- ✓ Орально-двигательные проблемы или нескоординированность, вызванные низким мышечным тонусом; проблемы с планированием движений и оральная тактильная гиперчувствительность (избегает определенных продуктов).

- ✓ Сниженная реакция на прикосновение или боль.
- ✓ Гравитационная неуверенность – сниженная или чрезмерная реактивность ребенка с нормальной осанкой на изменение ощущений от движения в ответ на резкие горизонтальные или вертикальные движения (подбрасывание ребенка вверх, катание на карусели или прыжки).
- ✓ Сниженная или чрезмерная восприимчивость к запахам.
- ✓ Сниженная или повышенная реакция на изменение температуры.
- ✓ Сниженный мышечный тонус или мышечная стабильность: гипотонус, гипертонус, фиксированная осанка, недостаток качества плавных движений.
- ✓ Качественная нехватка навыков в планировании движений (затруднения в последовательности движений руками, необходимых для исследования нового или для сложной игрушки, трудно забираться на лестницу в гимнастическом зале).
- ✓ Качественная нехватка способностей модулировать двигательные действия.
- ✓ Качественная нехватка навыков мелких движений
- ✓ Качественная нехватка артикуляционных возможностей (для ребенка 8 месяцев – сложно имитировать ясные звуки; для ребенка 3 лет - сложно найти слова для описания запланированных или уже совершенных действий).
- ✓ Качественная нехватка способностей в визуально-пространственной переработке (для ребенка 8 месяцев – сложности в распознавании разных лиц; для ребенка 2,5 лет – трудно определить в какую сторону нужно повернуться, чтобы попасть в другую комнату в знакомом доме; для ребенка 3,5 лет – проблемы с узнаванием и классифицированием различных форм предметов).
- ✓ Качественная нехватка способностей концентрироваться и фокусировать внимание, не связанная с волнением, с проблемами во взаимоотношениях, или с проблемами слуховой/вербальной или визуально-пространственной переработке.

### **Типы регуляторных нарушений**

Выделяются четыре типа регуляторных нарушений. Первые три подтипа используются для классифицирования патологии, когда наблюдается тенденция в отношении одного доминирующего признака. Некоторые дети не могут быть описаны с помощью этих подтипов, поэтому существует «другой» подтип. Описание первых трех подтипов включает обсуждение паттернов воспитания, которые способствуют улучшению регуляции и организации ребенка, так же как и паттерны воспитания, усугубляющие проблемы ребенка.

#### 401. Тип I. Гиперчувствительный

Дети, гиперчувствительные к различным раздражителям, могут быть разделены на группы по поведению. Две поведенческие модели являются характерными: первая – пугливые и осторожные дети, и вторая – негативно настроенные или открыто неповивающиеся.

Чувствительность может варьировать в течение дня. Наиболее часто сенсорная информация имеет тенденцию к кумулятивному эффекту, поэтому ребенок может не раздражаться от раздражителей утром, но иметь значительные трудности с этим в конце дня. Реакция на сенсорный раздражитель непосредственно зависит от психоэмоционального состояния ребенка. Если ребенок напряжен или устал, требуется значительно меньший раздражитель, чтобы вызвать у ребенка гиперчувствительную реакцию.

#### Подтип 1. Пугливый и осторожный

Поведенческие паттерны включают чрезмерную осторожность, подавленность и/или пугливость. В раннем детстве эти характеристики проявляются ограниченным диапазоном изучения нового и напористости, неприязнью к переменам в установленном порядке и тенденцией к избеганию любых новых ситуаций, т.к. они вызывают страх. Поведение маленьких детей характеризуется чрезмерными страхами и/или волнениями и робостью в

новой обстановке, такой как знакомство со сверстниками или встреча с незнакомыми взрослыми. У ребенка может быть скорее разбитый на фрагменты, чем собранный воедино, внутренний мир, поэтому его можно легко привести в смятение разными раздражителями. Если ребенок перегружен (занятиями) или напуган, он может поступать импульсивно. Ребенок легко расстраивается (раздражен, часто плачет), не в состоянии самостоятельно успокоиться (тяжело снова уснуть), не может легко перестроиться после пережитого разочарования.

Двигательные и сенсорные паттерны характеризуются гиперреактивностью к прикосновениям, громким звукам или яркому свету. Часто ребенок при достаточных способностях к аудиовербальному восприятию имеет сниженные способности к визуально-пространственному восприятию. Ребенок также может быть гиперчувствительным к движениям в пространстве и иметь трудности с планированием движений, т.е. это для него тяжелая работа

Воспитательные паттерны, стимулирующие приспособляемость в пугливых и настороженных детях включают сочувствие, особенно к детской чувствительности и эмоциональному опыту; очень постепенная стимуляция изучения нового, мелкие, но твердые ограничения. Непоследовательность в воспитании усиливает проблемы ребенка, особенно если воспитатель в одних случаях закрывает глаза на баловство и/или проявляет чрезмерную заботу, а в других случаях наказывает ребенка и/или слишком назойлив.

#### Подтип 2. Негативно настроенный и открыто неповиновый

Поведенческие паттерны: ребенок негативно настроенный, упрямый, властный и непослушный, тяжело переходит из одного состояния в другое, и склонен к суете, сопротивлению изменениям. Дети дошкольного возраста имеют тенденцию быть негативно настроенными, раздражительными, непослушными, упрямыми, неуправляемыми. По сравнению с детьми подтипа 1, дети подтипа 2 не приобретают фрагментарный внутренний мир, но самоощущения строят на негативных примерах. В сравнении с импульсивным, ищущим побудительную причину ребенком (Тип III), непослушный ребенок (подтип 2) более властный, склонен скорее избегать нового, чем желать его.

Двигательные и сенсорные паттерны включают тенденцию к гиперреактивности на прикосновения, которая может быть заметна во время игры, как старание избежать определенных материалов на ощупь или попытки избежать манипуляций при помощи кончиков пальцев. Дети чувствительны к звукам. Дети могут иметь хороший мышечный тонус и осанку, но иметь проблемы с координацией мелких движений и/или планированием движений.

Воспитательные паттерны, развивающие приспособляемость, включают успокаивающую, сочувствующую поддержку ребенку в медленных постепенных изменениях и уклонении от силовой борьбы. Воспитания при наличии назойливости, чрезмерной требовательности, наказаний имеют тенденцию к усугублению негативного поведения и непослушания детей.

#### 402. Тип II. Недостаточно реагирующий

Маленькие дети, недостаточно реагирующие на различные виды раздражителей, могут быть разделены на две группы: замкнутые и тяжело идущие на контакт дети и «сам в себе», выглядящий как «марширует под ритмы, выбиваемые собственным барабанщиком».

#### Подтип 1. Замкнутый, трудно идущий на контакт

Поведенческие паттерны таких детей включают отсутствие интереса к взаимоотношениям, изучению новых игр или предметов. Дети могут казаться вялыми, быстро утомляющимися и замкнутыми. Чтобы привлечь внимание такого ребенка, вызвать его интерес или эмоционально вовлечь, необходимо применять высокий эмоциональный тон. Дети выглядят заторможенными или подавленными. У детей дошкольного возраста наблюдается снижение способностей к вербальному диалогу.

Поведение в играх говорит о суженном диапазоне идей и фантазий. Иногда дети ищут сенсорный раздражитель, часто повторяя какие-то действия, вызывающие ощущения (ребенок кружится «вокруг своей оси», раскачивается или прыгает на кровати).

Двигательные и сенсорные паттерны характеризуются недостаточной реакцией на звуки и движения в пространстве, но реакция на прикосновения может быть как гипертонической и гипотонической. У детей с такими расстройствами могут быть нормальные способности к визуально-пространственному восприятию, но часто наблюдаются проблемы с аудиовербальной переработкой. Часто можно наблюдать недостаточную двигательную активность и трудности в планировании движений, так же как и лимитированные изучающие действия или низкую приспособляемость в игре.

Воспитательные паттерны, когда родители интенсивно вовлекают ребенка в разговоры, игры и т.д. и воспитывают инициативу, имеют тенденцию помогать недостаточно реагирующим, замкнутым детям включаться в общение, проявлять интерес и изучать окружающий мир. Эти примеры включают настойчивые попытки понять намеки ребенка, какими бы неясными они ни были. В противоположность этому, модели воспитания, где присутствуют полное спокойствие, безразличие «все пусть идет как идет», или, наоборот, угнетающие ребенка интонации в разговорах, имеют тенденцию усугублять замкнутость ребенка.

#### Подтип 2. «Сам в себе»

Поведенческие паттерны включают сильно развитое воображение, комбинированное с тенденцией настраиваться на свои собственные ощущения, мысли и эмоции больше чем быть настраиваемым другими людьми. Ребенок может казаться замкнутым в себе, проявляя интерес к предмету самостоятельного изучения больше, чем в компании с кем-то. Такие дети могут казаться невнимательными, легко отвлекающимися или рассеянными, особенно если они не вовлечены в занятия. Дети дошкольного возраста имеют склонность «спастись бегством» в свои фантазии при появлении нежеланных для них ситуаций (соревнования с ровесниками, сложные для дошкольников занятия). Они могут отдавать предпочтение игре самостоятельно, если другие не проявляют активного интереса к их фантазиям.

Двигательные и сенсорные паттерны включают тенденцию к снижению способности аудиовербального восприятия в сочетании с большими творческими способностями (широкий диапазон идей). Проблемы с рецептивной речью в сочетании с богатым воображением позволяют ребенку легче настраиваться на свои собственные идеи, чем на идеи другого человека.

Воспитательные паттерны, оказывающие полезное воздействие, включают тенденцию настраиваться на вербальное и невербальное общение с ребенком, помогают ребенку вовлекаться в общение, «открытый и закрытый круги общения», включают поощрение нормального баланса между фантазиями и реальностью и помощь ребенку, пытающемуся «спастись бегством» в свои фантазии. Очень полезно играть в игры вместе с ребенком.

#### 403. Тип III. Двигательно-дезорганизованный, импульсивный

Дети с нарушениями Типа III имеют проблемы с контролем поведения в сочетании с поиском сенсорного раздражителя. Дети агрессивны, бесстрашны или импульсивны и дезорганизованы.

Примеры поведения среди двигательного-дезорганизованных детей включают высокую активность, дети ищут контакт и стимуляторы, имеют тенденцию к поиску физического контакта с людьми или предметами, («врезаться» в тела других людей, драться без причины). Поведение, начинающееся как результат недостаточного двигательного планирования и организации движений, может быть интерпретировано другими людьми скорее как агрессия, чем как возбужденность.

Импульсивные дети испытывают необходимость в сенсорных раздражителях и стимуляции. Дошкольники часто ведут себя возбужденно, агрессивно, назойливо и

показывают безрассудный, связанный с риском стиль поведения. Если ребенок обеспокоен или не уверен в себе, он может совершать «противофобические» поступки.

Двигательные и сенсорные паттерны характеризуются недостаточной сенсорной реакцией, «жаждой» сенсорных раздражителей и двигательной разрядки. В таких детях часто сочетаются понижение реакции на прикосновения и звуки, необходимость в раздражителе, плохая моторная модуляция и планирование, импульсивное поведение по отношению к людям и предметам. Двигательная активность не сфокусирована и рассеяна.

Воспитательные паттерны, характеризующиеся продолжительными теплыми отношениями, заботой и сопереживанием в сочетании с понятной структурой и ограничениями будут повышать гибкость и приспособляемость ребенка. Очень полезно предоставлять детям конструктивные возможности для сенсорного и эмоционального вовлечения, что развивает модуляцию и саморегуляцию

#### 404. Тип IV. Другие

Эта категория должна быть использована по отношению к детям, которые имеют двигательные и сенсорные проблемы, но чьи примеры поведения не подходят под описание одного из трех вышеописанных типов.

#### 500. Нарушения сна

Диагноз рассматривается в случае, если нарушения сна являются единственной существующей проблемой ребенка младше трех лет, и не сочетаются с нарушением сенсорной реакции или чувствительности.

Нарушения сна у детей делятся на нарушения начала сна (засыпание) и непосредственно сна (пробуждения в течение ночи с трудным засыпанием после этого). Дети могут проявлять чрезмерную сонливость, дисфункции, связанные с нарушениями сна и пробуждения (в т.ч. ночные кошмары) или проблемы с расписанием сна-бодрствования.

Этот диагноз не должен ставиться, если проблемы со сном связаны с беспокойством, взаимоотношениями или двигательными отклонениями, кратковременными адаптационными проблемами, травматическим стрессом, или любым из типов регуляторных нарушений, описанных выше.

#### 600. Отклонения, связанные с приемом пищи

Диагноз «Отклонения, связанные с приемом пищи» рассматривается, если у ребенка появились трудности при установленном режиме питания, учитывая адекватное и соответствующее возрасту потребление пищи. Ребенок не регулирует потребление пищи согласно физиологическим ощущениям голода или сытости. При отсутствии регуляторных нарушений, сепарации, негативизма, травмы, нужно рассматривать этот диагноз как первичный.

Эта категория не должна быть использована как первичный диагноз, если проблемы с приемом пищи совершенно очевидно связаны с сенсорной реактивностью или двигательными нарушениями. Если трудности ребенка сопровождаются замеченными сенсорно-моторными проблемами, такими, как тактильная гиперчувствительность (отказ от определенных видов продуктов), и/или пониженным тонусом жевательных мышц (ребенок ест только мягкие продукты), то необходимо рассматривать специфический регуляторный подтип. Если органические/структурные проблемы (расщелина твердого неба, рефлюкс и т.д.) влияют на способность ребенка пережевывать или переваривать пищу, данный диагноз не должен быть использован как первичный и соответствующий медицинский диагноз может быть указан в Оси III. Однако, если нарушения питания, вызванные структурными или органическими нарушениями, продолжают после устранения причины, диагноз может быть поставлен.

Эта категория не должна быть использована как первичный диагноз, если отклонения в приеме пищи у ребенка являются частью более широкой симптоматической картины, связанной с другими эмоциональными или поведенческими нарушениями, имеющими отношение к первичным взаимоотношениям, травме или другим. Если первичная причина нарушений питания связана с другими эмоциональными отклонениями, то нарушения регуляции питания будут классифицированы соответственно эмоциональной динамике, которая сопровождает их. Для уточнения такой причины врач должен рассматривать эмоциональные отклонения, особенно обеспокоенность и страхи.

Эта категория не должна быть использована как первичный диагноз, если примеры неправильного или нерегулярного приема пищи, или строго ограниченный выбор продуктов являются частью мультисистемных отклонений развития ребенка.

#### 700. Нарушение взаимодействия и коммуникации – мультисистемные нарушения развития и pervasive расстройства

Эта группа нарушений проявляется впервые в младенчестве или раннем детстве, и включает в себя серьезные проблемы в общении и контакте с людьми в сочетании с проблемами регуляции физиологических, сенсорных, двигательных, познавательных, соматических и эмоциональных процессов.

Исторически сложилось, что дети с наиболее серьезными типами нарушений контакта с окружающими были описаны как очевидные аутисты. Первоначальное описание Kanner (Kanner L., *Autistic disturbances of affective contact*, *Nervous Child* 2, 1943: 217-250) фокусируется на том, что ухудшение контакта является основной отличительной чертой: «С самого начала чрезмерное артистическое одиночество, пренебрегающее, игнорирующее, не допускающее ... ничего извне» (Стр. 247). Различные издания Диагностического и Статистического Справочника (DSM) Американской Психиатрической Ассоциации до DSM-III-R и DSM-IV подтверждают эту точку зрения. «Это ухудшение характеризуется нарушением развития взаимоотношений и недостаточным интересом к людям», включая младенцев, «нежеланием быть обнятым, недостатком зрительных контактов и мимических проявлений интереса, и индифферентным отношением или отвращением к проявлениям любви и физическим контактам» (DSM III-R, стр.34).

Впоследствии дети, имеющие некоторые, но не все характеристики (признаки) аутистической патологии, были описаны как имеющие аутистический спектр: неспецифические распространяющиеся нарушения развития (PDD-NOS), синдром Аспергера, дезинтеграционный психоз детского возраста и атипичные нарушения. Возникла расширенная структура с диагнозом «Аутистические нарушения» как одна из групп нарушений, имеющих общие характеристики. В DSM III-R и DSM IV, например, PDD-NOS являются одним из диагнозов в этой группе для детей, не имеющих всех признаков аутизма. В DSM IV диагноз «Распространяющиеся нарушения развития» расширен и включает аутизм, дезинтеграционные нарушения, синдром Аспергера, синдром Ретта и PDD-NOS.

Изменения в более широком значении синдрома понятны в свете клинического опыта, отражающего уровень взаимоотношений и проблем контакта у детей, имеющих некоторые традиционно описанные аутистические признаки.

Возникает очень важный вопрос: должны ли дети с проявлениями относительного ухудшения коммуникабельности и демонстрирующие способность к высокой степени эмоционального комфорта в компании близких людей, быть отнесены к той же группе, где дети исторически были описаны как полностью неспособные к взаимоотношениям?

Диагностические справочники Американской Психиатрической Ассоциации не дают полную характеристику неспецифическим нарушениям развития. Здесь эта патология описана только в самых общих терминах: серьезные и распространяющиеся ухудшения во

взаимоотношениях, коммуникабельности и качестве интересов. Другие категории, имеющие место в группе неспецифических нарушений не описаны. Кроме того, большое количество детей с высоким уровнем речевых нарушений и трудностей в отношениях имеют диагноз «Неспецифические нарушения развития». Если эти дети с множеством эволюционных паттернов и еще неизвестных потенциальных эволюционных способностей относятся к той же обширной группе аутистов, то не появляется ли вероятность путаницы относительно течения этого заболевания и его прогнозов? Например, будут ли заключения, основанные на изучении традиционного аутизма, применены к детям со смешанными характеристиками? Достаточно ли знаний для прояснения различий в течении и последствиях разных типов «Неспецифических нарушений развития» или между этой патологией и «Аутизмом»?

В виду того, что прогнозы, связанные с «Аутизмом», достаточно пессимистичны, диагноз, паттерны которого составляют отклонения, имеет очень большое практическое и концептуальное значение. Многие врачи и родители, например, надеются на лучший исход, если ребенку со смешанными симптомами поставлен диагноз «Неспецифические нарушения развития», основанный на данных, собранных по наблюдениям за детьми-аутистами. Для более четкого и ясного определения этого синдрома совершенно необходимы новые исследования в изучении прогнозов для детей со смешанными симптомами. Должны ли дети с проявлением некоторых способностей к взаимодействию в сочетании с когнитивными, моторными и сенсорными дисфункциями быть отнесены к отдельной группе до тех пор, пока не появятся результаты новых исследований детей со смешанными симптомами? Результаты таких исследований могут предложить классификацию с более специфическим лечением и прогнозами.

Рассматривая эти вопросы, врачи и исследователи должны учитывать всю поступающую информацию. Растущее количество клинических подтверждений говорит о том, что дети с распространяющимися нарушениями развития имеют ряд паттернов взаимоотношений, различий в эмоциональной регуляции и различий процессинговых и когнитивных проблем. Есть мнение, что когнитивный дефицит играет роль в этиологии распространяющихся нарушений развития. Биологические различия, включая пренатальные, перенатальные, анатомические, нейрофизиологические и нейрохимические являются неспецифическими для большинства детей и неразрывно связаны с отклонениями во взаимоотношениях, с процессинговыми и регуляторными дисфункциями.

Кроме того, можно наблюдать детей с проявлениями «аутистического поведения» в отношениях с различными комбинациями неравномерного развития и функционирования ЦНС. Дети могут попеременно проявлять некоторые из этих поведенческих паттернов.

Диагност должен иметь в виду два варианта:

1. Использовать описание «Неспецифических распространяющихся нарушений развития» в справочнике Американских психиатров.

2. Использовать «Мультисистемные нарушения развития», в описании которых не рассматриваются проблемы взаимоотношений и коммуникабельности, наблюдаемые в клинических популяциях как часть той же группы, что и дети-аутисты.

Особенно важно рассматривать различные альтернативы для детей в первые три года жизни, когда развитие идет быстрее, неравномерно и потенциально более гибко.

Категория «Распространяющиеся нарушения развития» включает «Аутизм» также как дополнительные подтипы: синдром Ретта, Аспергера, дезинтеграционный психоз детского возраста и неспецифические распространяющиеся нарушения развития. В то время как «Распространяющиеся нарушения развития» имеют ряд клинических признаков, патология взаимоотношений рассматривается как первичная, и является его характерным признаком. Также проблемы взаимоотношений рассматриваются как относительно постоянные, несмотря на вариации.

Для сравнения, предложенная категория «Мультисистемные нарушения развития» основана на мнении, что различная степень нарушений взаимоотношений наблюдается у маленьких детей, но они не связаны с первичным дефицитом отношений. Эта точка зрения оставляет открытой вероятность того, что проблемы взаимодействий, даже серьезные, могут быть вторичными по отношению к двигательным и сенсорным нарушениям, таким как нарушения регуляции, понимания, реакции на различные типы раздражителей (включая зрительные и слуховые) и эмоций. Например, многие дети могут избегать зрительного контакта, игнорировать вербальные раздражители. По мере улучшения их сенсорной реактивности, они «ищут» родителей для получения помощи или необходимого предмета. Однако многие из этих детей демонстрируют тонкие пути проявления их эмоционального вовлечения (пугаются, если родитель выходит из комнаты, или благосклонно относятся к родителю в ответ на определенные сенсорные ощущения).

Эта точка зрения оставляет возможной вероятность того, что в случае идентификации этих паттернов в первые 2-3 года (чем раньше, тем лучше) согласованность между способностью к взаимодействию и процессинговым дефицитом может быть более гибкой. Следовательно, с этой точки зрения вероятность прогресса и ожиданий относительно прогнозов, включая вероятность теплых взаимоотношений, логического мышления не лимитированы определением синдрома.

Окончательное понимание проблем взаимодействия может быть достигнуто только при дальнейшем изучении. Тем временем, наиболее благоразумно и полезно будет классифицировать эти проблемы, оставляя открытыми вопросы этиологии, течения развития и прогнозов. Этот подход особенно важен для детей младше 3 лет, чьи способности к взаимодействию могут быть достаточно гибкими.

Следовательно, в дополнение к «Распространяющимся нарушениям развития» эта классификационная система, фокусирующаяся на маленьких детях, предлагает категорию, названную «Мультисистемные нарушения развития». Это описательный термин, отражающий факт наличия множества типов задержек и дисфункций. Этот диагноз должен рассматриваться при работе с детьми с проявлениями значительного ухудшения в отношениях и двигательных и сенсорных процессов, но имеющих некоторые способности или потенциал к сближению.

Перед тем как поставить диагноз «Распространяющиеся нарушения развития» или «Мультисистемные нарушения развития» диагност должен понаблюдать за ребенком в течение существенного периода времени вместе с родителями, в безопасной обстановке, без лишних раздражителей, там, где могут быть возможны спонтанные контакты с ребенком. Квалифицированный врач должен попытаться контактировать с ребенком после соответствующего подготовительного периода, используя соответствующие клинические навыки для облегчения взаимоотношений. Сделать вывод о неспособности ребенка к контактам можно только при условии, если ребенок не идет на контакт с родителями или с квалифицированным специалистом в течение достаточного периода времени и в разных обстановках. Определение способности ребенка к взаимодействиям не должно быть основано только на наблюдениях отношений врач-ребенок, или только на отношениях родитель-ребенок. В дополнение, отношения ребенка со сверстниками не должны быть основанием для определения базовых способностей ребенка к взаимодействию. Лучшим способом оценки потенциала ребенка к взаимодействию является наблюдение за изменениями после вмешательства.

#### Мультисистемные нарушения развития

Определяющими характеристиками этих нарушений являются:

- ✓ Значительное снижение, но не полное отсутствие, способности к эмоциональным и социальным отношениям с родителем (может выглядеть уклоняющимся, а может демонстрировать неожиданные тонкие формы взаимодействия).
- ✓ Значительные ухудшения в формировании, поддержании и развитии отношений. Это

включает в себя превербальные мимические отношения, вербальные и символические отношения.

✓ Значительная дисфункция аудио-восприятия (понимание и осознание).

✓ Значительная дисфункция восприятия других раздражителей, включая гипер- и гипореактивность (на визуально-пространственные, проприоцептивные и вестибулярные раздражители) и планирование движений (последовательные движения).

В виду того, что дети не совершают определенных социальных поступков (простых и сложных жестов) до определенного возраста, следующая информация должна быть принята во внимание.

Классификация Паттерна А может быть применена только по отношению к детям старше 5 месяцев.

Классификация Паттерна В – после 9 месяцев.

Классификация Паттерна С – после 15 месяцев.

#### 701. Паттерн А: >5 мес.

Общительность и способность к взаимодействию: дети необщительны и не имеют цели. Завладеть вниманием таких детей можно только через четкое сенсорное вовлечение (уставиться на взрослого, если он преграждает ему путь, положить вашу руку на пятно на ковре, которого он касается, прыгать, держать взрослого за руки).

Эмоциональная реакция: у детей заметен недостаток душевной теплоты, демонстрируют вялую или несмодулированную эмоциональную реакцию.

Коммуникабельность и речь: дети могут осмысленно выполнять несколько последовательных простых жестов, исключая ситуации, когда дети жаждут ощущений. Они не используют речь, не вступают в символические игры.

Сенсорное восприятие: дети чаще совершают самостимулирующие и ритмичные действия, чем настойчиво себя ведут (как дети Паттерна С). Они постоянно ищут сенсорной стимуляции через свое тело, используя телодвижения, прикосновения, имеют тенденцию к сниженной реакции на раздражители, имеют низкий моторный тонус, требующий более и более интенсивный раздражитель. С другой стороны, они могут быть очень чувствительны к определенным раздражителям. Гипо- и гиперреактивность являются типичными, дети сверхчувствительны к тактильным и определенным звуковым раздражителям, и гипочувствительны к вестибулярными и проприоцептивным переживаниям. В результате, они стараются получить такие раздражители от других людей, так же, как и от самостимуляции. Такой ребенок также почти не имеет представления, где в пространстве находится его тело (часто требует интенсивной физической активности, чтобы определить обратную связь), и самые большие трудности испытывают с планированием моторики (неспособны к последовательным движениям в манипуляции с игрушками). Действия с целью поиска раздражителя дают начало для осознанного общения и использования речи.

Приспособляемость: Эти дети имеют тенденцию к катастрофическим реакциям на новые ситуации или изменения в привычной повседневной жизни и окружающей среде со вспышками чрезмерного раздражения или паники, тенденцию к абсолютному отсутствию реакции.

Этот паттерн не должен быть диагностирован у детей младше пяти месяцев, потому что некоторые дети могут не демонстрировать способностей к осознанным взаимоотношениям до пяти месяцев; в то время как обычно эти качества проявляются раньше.

Раннее вмешательство позволяет достичь необходимого уровня сенсорных и эмоциональных реакций, и, уделяя внимание гипо- и гиперчувствительности и проблемам двигательного планирования, дает определенные результаты. У таких детей может постепенно повышаться уровень общительности и осмысления.

### 702. Паттерн В: >9 мес.

Общительность и способность к взаимодействию: ребенок одновременно находится «в» и «вне» взаимоотношений, проявляя это быстрым отступлением от моментов «соединения». Ребенок смело вступает в отношения, но не сразу. Например, такие дети могут вступать в отношения с приостановкой на какие-либо действия, необходимые ребенку (останавливаясь по пути, толкая поезд взад-вперед, или пряча желаемую машинку и т.д.).

Эмоциональная реакция: мимолетная, с маленькими «островками» радости и удовольствия, но не глубокого. Такие дети имеют тенденцию к получению удовольствия от повторяющихся или настойчивых действий с предметом (больше, чем от самостимуляции), но контроль и модуляция других сенсорных и внутренних раздражителей также зависят от чрезмерного внимания к этим предметам.

Коммуникабельность и речь: такие дети могут прерывать совершаемое действие, намеренно используя простые жесты, включая движения, вокализацию и эмоциональные намеки для того, чтобы «поучаствовать» всюду, т.е. берет у вас игрушку и бросает ее на пол. Изредка возможны конструктивные отношения, такие как подавание ребенку блоков конструктора для строительства, или добавление еще одной машинки к его ряду машинок (до тех пор, пока вы не нарушите его «распорядок»). Примерно к одному году ребенок может начать говорить несколько слов, таких как «пока», «мама» или «папа», но затем остановиться «приобретать» новые знания и начать «обронять» слова, которые ребенок обычно знает в 15-24 мес.

Сенсорное восприятие: такие дети имеют более смешанный тип сенсорной чувствительности и моторного тонуса. Они более организованы (чем Паттерн А) в поисках раздражителя, бегая и прыгая, в желании качаться на качелях и в поисках тактильных раздражителей, имеют большее представление о расположении их тела в пространстве. Визуальные и пространственные навыки развиты больше, чем слуховая восприимчивость, способны складывать головоломки или знать куда идти. Планирование движений остается очень трудным, дети могут делать простые или хорошо отрепетированные движения или играть с механическими игрушками.

Приспособляемость: такие дети не очень хорошо переносят изменения или переходные периоды, но могут адаптироваться к заведенным порядкам, если не перегружать их чувствительность. Диапазон возможных действий остается суженым, включая ограничения в еде и одежде.

Этот паттерн не должен быть диагностирован у детей младше 9 месяцев.

Раннее терапевтическое вмешательство помогает расширить диапазон последовательных интерактивных действий. Дети могут продемонстрировать прогресс в поведенческих и эмоциональных взаимодействиях.

### 703. Паттерн С: >15 мес.

Общительность и способность к взаимодействию: ребенок общается с другими, но остается одновременно «в» и «вне» отношений и, обычно, должен сам контролировать начало и конец отношений. Вниманием ребенка можно завладеть напрямую и через объекты, но его очень легко можно перегрузить. Если ребенок перегружен, то он становится дезорганизованным, (уходит в другой конец комнаты, прячется за стул, восстанавливая зрительный контакт только когда «не опасно»). Такие дети могут быть вовлечены в конструктивные отношения путем игры с их любимыми предметами, иметь тенденцию к поглощенности определенными объектами, быть вовлечены в отношения, склонны искать определенные границы (отделяет себя от других, стоя за скамейкой).

Эмоциональная реакция: наблюдаются «островки» радости в сочетании с более организованным уклонением и моментами отчужденности. Испытывает радость в очень предсказуемых играх от очень хорошо знакомых песенок или от физических действий.

Коммуникабельность и речь: такие дети способны на простые жесты и некоторые действия из комплекса осознанных взаимоотношений для достижения желаемого, могут осознанно постепенно учиться использовать некоторые отдельные слова или фразы из двух слов, выучивать наизусть вербальные паттерны, такие как алфавит, знакомые песенки или видеорекламу.

Дети могут начать экспериментировать с простыми символическими играми, имеющими отношение к их жизненному опыту, узнавая в игрушках реальные предметы (пробуют кусать игрушечное печенье или сесть в игрушечную машинку).

Сенсорное восприятие: такие дети начинают интегрировать свои ощущения, но все равно проявляют смешанный тип чувствительности с преобладанием гиперчувствительности и возбудимости. Планирование движений остается трудным, но легче управляемым (в сравнении с гиперактивностью в Паттерне А).

Приспособляемость: из трех паттернов эти дети самые приспособляющиеся, но новые ситуации и переживания для них остаются проблемой. Они имеют тенденцию к осознанному использованию организованного негативного уклонения. Они лучше переносят изменения, если им дать достаточно времени для подготовки.

Этот паттерн не должен быть диагностирован у детей младше 15 месяцев. Раннее вмешательство расширяет диапазон последовательных интерактивных действий и совершенствует эмоциональное восприятие.

## **Ось II. Отклонения во взаимоотношениях.**

Понимание качества отношений родитель-ребенок является важной частью в развитии диагностики для маленьких детей. Первичные взаимоотношения способствуют не только развитию детской индивидуальности и структуры физиологической защиты, но также влияют на мнение ребенка о том, чего можно ожидать от взаимоотношений с другими людьми.

При решении проблем психического здоровья ребенка терапевтическая работа часто фокусируется на отношениях родитель-ребенок. Если отклонения наблюдаются, то они являются специфическими и напрямую связаны с отношениями. Врачи должны помогать в понимании значений поступков внутри первичных взаимоотношений ребенка. Вмешательство должно фокусироваться на обоих уровнях: индивидуальном и уровне отношений.

Описанные ниже нарушения взаимоотношений характеризуют природу расстройств, наблюдаемых в специфических искаженных отношениях и взаимодействиях детей и их родителей.

Отклонения в отношениях характеризуются ощущениями, отношениями, поступками и эмоциями родителя и ребенка, или обоих, приведшими к патологическим взаимоотношениям. Родитель может общаться с ребенком в свете его или ее индивидуальных особенностей, что может привести к отклонениям в отношениях.

Диагнозы «Нарушения равновесия» или «Отклонения во взаимоотношениях» должны основываться не только на результатах наблюдения за поведением пары, но также на субъективных переживаниях родителя в процессе клинического интервью. В случае наличия проблем взаимоотношений яркость, частота и продолжительность нарушений равновесия в отношениях являются факторами, которые помогают врачу классифицировать проблемы взаимоотношений как пертурбацию, нарушение равновесия или патологические.

Ось II должна быть использована только для диагностики значительных проблем взаимоотношений. Врач должен осознавать, что ребенок с первичным диагнозом (Ось I) не обязательно должен иметь патологию в отношениях (Ось II). Ось II не описывает весь спектр взаимоотношений. Некоторые родители могут иметь тенденции в направлениях, описанных в Оси II, например, к чрезмерному вовлечению или враждебности. Более умеренные формы нарушений могут быть вызваны детской патологией, семейной

динамикой или другими стрессовыми ситуациями, которые могут изменить привычный баланс родителей между повседневным уходом за ребенком и более серьезными функциями родителей. Однако необходимо быть очень осторожным, чтобы не «передиагностировать» нарушения в случаях, когда незначительные формы нарушений связаны со стрессами. Диагност должен иметь в виду описанные категории, когда они наблюдаются в умеренных или мимолетных формах нарушений для понимания динамики в семье и определения методов вмешательства.

Квалифицировать поведение ребенка как «эмоциональные нарушения» нельзя только по отдельному примеру отношений. Необходимо учитывать общие эмоциональные и поведенческие трудности ребенка.

Диагноз устанавливается, когда такие взаимоотношения доминируют и характеризуют первичные взаимоотношения родителей с ребенком.

При подозрении на наличие нарушений эмоциональной реакции у ребенка, врач должен определить являются ли симптомы характерными чертами ребенка или специфическими особенностями в каких-то ситуациях или отношениях. Важно помнить, что взаимоотношения редко являются однопространственными. Родители и дети или воспитатель и дети взаимодействуют и связаны многими сложными путями и в разное время. Некоторые опытные воспитатели могут быть неспособны справиться с отдельными детьми или детским поведением или отклонениями в темпераменте (детская напористость, зависимость, возбудимость). Отношения родитель-ребенок на определенных этапах развития могут столкнуться с трудностями, которые включают обсуждение особых потребностей. Однако, в некоторых паттернах отношений родитель-ребенок, взаимоотношения, не поддерживающие эмоциональное развитие ребенка, могут стать доминантными. Такие паттерны могут включать чрезмерную заботу или недостаток ее, чрезмерное или недопоощрение, недопонимание или неправильное понимание намеков ребенка, его реплик, недостаток сопереживания.

Оценочная шкала взаимоотношений родитель-ребенок описывает весь спектр отношений родитель-ребенок и может быть применена в исследовательских целях для описания степени взаимоотношений также как и для определения степени нарушений. Рейтинг ниже 40 включает расстроенные, серьезно расстроенные и патологически нарушенные отношения. Эти категории основаны на серьезности и распространенности проблем пары. На этих уровнях должны наблюдаться высокая яркость, продолжительность и постоянство определенных поступков. Рейтинг от 40 до 70 описывает отношения, но их характеристик явно недостаточно для постановки диагноза.

Различают три аспекта взаимоотношений:

- ✓ Качество поведения в отношениях.
- ✓ Эмоциональный тон.
- ✓ Психологическое вовлечение.

Поведенческие характеристики отражаются в поведении каждого члена пары родитель-ребенок. Может быть «нарушено» поведение родителя, ребенка или обоих. Чувствительность или бесчувствие по отношению к сигналам ребенка, случайный или умышленный отклик, искренность вовлечения или интерес, регуляция, предупредительность и качество структурирования и посредничества с окружающим миром являются родительскими поведенческими характеристиками, влияющими на качество взаимодействия. Отвлеченность, вялость, проказливость, безответность и неповиновение являются примерами возможных поведенческих характеристик ребенка. Иногда не ясно, является ли интерес изначальным или ответным. Например, мама или папа могут выглядеть подавленными, безответными и незаинтересованными в отношениях с ребенком. Однако это может быть результатом отсутствия реакции больного ребенка или его несфокусированного взгляда.

Нарушения могут проявляться как задержка развития речи, движений, когнитивных способностей или социально-эмоциональных навыков, и могут сузить возможности

ребенка взаимодействовать. Такие задержки могут быть причиной нарушений взаимоотношений; или наоборот, могут быть вызваны этими нарушениями.

Эмоциональный тон характеризует эмоциональный тон пары. Сильное напряжение или негативные эмоции (раздражение, злость, враждебность) любого члена пары или обоих характеризуют эмоциональный тон пары. Нарушение регуляции яркости эмоций и абсолютная непредсказуемость дальнейших поступков говорят о том, что сильные эмоции имеют место.

Психологическое вовлечение фокусируется на родительском отношении к ребенку и пониманию его (значение поведения ребенка для родителей). Представления родителей о взаимоотношениях, основанные на прошлом опыте обычно влияют на понимание родителями своего ребенка и на представления о том, что можно ожидать от него в отношениях. «Нарушенные» или враждебные отношения в прошлом могут привести к неправильному толкованию поступков ребенка и к заключению, что эти чувства вызваны поведением ребенка (родитель может неверно интерпретировать определенные поступки ребенка как требовательные, негативные или воинственные).

Если возможно, должен быть выбран только один диагноз, связанный с нарушениями в отношениях. Изредка встречаются отношения, где ни один из доминантных признаков не наблюдается, а прослеживаются признаки, описанные ниже. В таких случаях может быть идентифицирована смешанная категория, указывающая на специфические признаки отношений. Например, отношения могут выглядеть теплыми и доверительными, с наличием чрезмерного вовлечения и защищенности, а на самом деле родитель и ребенок эмоционально отдалены. Если наблюдается любая форма плохого обращения: вербальная, физическая или сексуальная, как описано ниже в деталях, то диагноз, отображающий такое обращение должен занимать первенство. Однако должны быть описаны и другие характерные признаки отношений, если они есть.

#### 901. Отношения с чрезмерным вовлечением

Отношения могут характеризоваться физическим и/или психологическим чрезмерным вовлечением.

##### А. Поведенческие характеристики

- ✓ Родитель часто пресекает цели и желания ребенка.
- ✓ Чрезмерный контроль.
- ✓ Родитель предъявляет требования, не соответствующие уровню развития ребенка.
- ✓ Ребенок может выглядеть рассеянным, индифферентным.
- ✓ Ребенок может казаться уступчивым, слишком податливым или, наоборот, индифферентным.
- ✓ У ребенка может наблюдаться недостаток двигательных и/или речевых навыков.

##### В. Эмоциональный тон

- ✓ У родителя могут быть периоды беспокойства, подавленности или злости, что приводит к непостоянству взаимодействия родитель-ребенок.
- ✓ Ребенок может пассивно или активно выражать гнев или упрямство.

##### С. Психологическое вовлечение

- ✓ Родитель может воспринимать ребенка как партнера или ровесника, романтизировать или эротизировать ребенка.
- ✓ Родитель не расценивает ребенка как отдельную индивидуальность с ее потребностями. Это может выглядеть как отсутствие возрастных границ:
  - попытки родителя вовлечь ребенка в процесс достижения собственных потребностей;
  - использование ребенка как душевного друга;
  - чрезмерная физическая близость или эротические прикосновения;
  - низкий уровень взаимности или диалога.

## 902. Отношения с недостаточным вовлечением

Отношения могут характеризоваться спорадическими и редкими взаимодействиями, часто отражающими недостаток интереса или низкое качество ухода.

### А. Поведенческие характеристики

- ✓ Родитель нечувствительный или безответный по отношению к потребностям ребенка. Например, подавленный родитель может вербально выражать любовь и интерес к своему ребенку, но быть слишком уставшим, чтобы эмоционально воспринимать плачущего малыша.
- ✓ Наблюдается недостаток постоянства между родительским выражением отношения к ребенку и качеством реальных взаимодействий. Может наблюдаться отсутствие предугадывания и взаимности в порядке и последовательности взаимодействий. Например, родитель может вербально выражать заботу о питании ребенка, реально ограничивая его в еде.
- ✓ Родитель игнорирует ребенка, отказывает ему в комфорте или не в состоянии создать его.
- ✓ Родитель не может адекватно реагировать на поведение ребенка на основании соответствующего отражения внутреннего состояния чувств ребенка.
- ✓ Родитель не может адекватно физически или эмоционально защитить ребенка от источников, которые могут быть небезопасными для ребенка из-за плохого отношения к нему других людей. Например: родитель оставляет ребенка одного на продолжительное время или на попечение маленького брата или сестры; обстановка в доме небезопасна для ребенка.
- ✓ Наблюдаются нерегулируемые отношения родитель-ребенок; просьбы и потребности ребенка часто не принимаются во внимание или неверно истолковываются родителями.
- ✓ Родитель и ребенок часто кажутся разобщенными и/или имеют случайные и редкие взаимодействия. Например, наблюдается незначительный зрительный или физический контакт.
- ✓ Ребенок может выглядеть неухоженным.

### В. Эмоциональный тон

- ✓ Эмоции и родителя и ребенка однообразные, часто – печальные, диапазон их сужен.

### С. Психологическое вовлечение

- ✓ Родитель может не демонстрировать в разговоре с другими людьми или в отношениях с ребенком осведомленность о его потребностях.
- ✓ История отношений родителя в его детстве может характеризоваться недостаточной эмоциональностью и/или дефицитом физических контактов. Как следствие родитель может не знать о потребностях ребенка.

## 903. Беспокойные/напряженные отношения

Отношения характеризуются напряженностью с незначительным ощущением удовольствия и взаимности.

### А. Поведенческие характеристики

- ✓ Чрезмерная чувствительность.
- ✓ Родитель часто проявляет повышенный интерес к состоянию ребенка, его поведению и развитию.
- ✓ При физическом контакте родителя с ребенком наблюдается нескоординированность движений взрослого.
- ✓ Отношения могут включать вербально/эмоционально негативные моменты, но они не являются доминирующими.
- ✓ Несоответствие между детским и родительским уровнями темперамента или активности.
- ✓ В присутствии родителя ребенок может быть слишком уступчивым или обеспокоенным.

#### В. Эмоциональный тон

- ✓ Родитель или ребенок демонстрирует беспокойство, заметное в двигательном напряжении, волнении, мимике или интонациях.
- ✓ Родитель и ребенок имеют сильные реакции. Следовательно, они гиперреактивны и по отношению друг к другу. Это приводит к эскалации нарушения регуляции взаимодействий.

#### С. Психологическое вовлечение

Родитель часто неверно интерпретирует поведение ребенка и его эмоции, и, следовательно, реагирует несоответствующим образом. Родитель может испытывать чувство вины и уклоняться от своих обязанностей.

### 904. Враждебные отношения

Эти отношения характеризуются грубыми и резкими взаимодействиями, часто нуждающимися в эмоциональной взаимности.

#### А. Поведенческие характеристики

- ✓ Родитель может быть нечувствительным к сигналам ребенка, особенно если поведение ребенка выглядит требовательным.
- ✓ Грубый физический уход за ребенком.
- ✓ Родитель может насмехаться над ребенком или дразнить его.
- ✓ Ребенок может выглядеть запуганным, обеспокоенным, импульсивным агрессивным.
- ✓ Ребенок может демонстрировать неповиновение или сопротивление.
- ✓ Ребенок может вести себя требовательно или агрессивно по отношению к родителю.
- ✓ Ребенок может демонстрировать страх, осторожность.
- ✓ Ребенок проявляет тенденцию к конкретной манере поведения больше, чем к развитию фантазии и воображения.

#### В. Эмоциональный тон

- ✓ Отношения между родителем и ребенком имеют враждебный или раздраженный характер.
- ✓ Наблюдается значительное напряжение между родителем и ребенком с явным недостатком удовольствия или энтузиазма.
- ✓ Диапазон эмоций ребенка может быть сужен.

#### С. Психологическое вовлечение

- ✓ Родитель может рассматривать потребности ребенка как ущемление собственных интересов и негодовать по этому поводу. Как результат родитель может реагировать на потребности ребенка с разочарованием или раздражением.
- ✓ Родитель может расценивать растущую независимость ребенка, его напористость или соответствующий возрасту негативизм как угрозу своему авторитету.
- ✓ Родитель может переносить свои негативные чувства на ребенка и потом общаться с ним так, как если бы ребенок сам воплощает эти чувства

### 905. Смешанные нарушения в отношениях

Эти взаимоотношения могут быть охарактеризованы комбинацией признаков, описанных выше.

Используя категорию «Смешанных нарушений», врач должен идентифицировать наблюдаемые специфические паттерны. Например, чередование враждебных отношений, отношений с недостаточным вовлечением или непостоянство между чрезмерной и недостаточной заботой.

### 906. Оскорбительные отношения

Оскорбления могут быть вербальными, физическими и/или сексуальными. Следующие три диагноза связаны со специфическими формами оскорблений и занимают первенство среди описанных выше диагнозов. Если один из этих диагнозов имеет место,

то врач должен использовать его как первичный, а затем охарактеризовать все остальные паттерны взаимоотношений, используя описанные выше.

Учитывая степень серьезности и постоянства оскорбительных поступков, наличие даже одного из пунктов «Поведенческих характеристик» вполне достаточно для постановки этого диагноза для любой формы оскорблений.

#### 906a. Вербальные оскорбления

Включает серьезное эмоциональное оскорбительное содержание, размытые возрастные границы и чрезмерный контроль.

##### А. Поведенческие характеристики

- ✓ Содержание эмоционального вербального оскорбления направлено на унижение, обвинение, нападение, чрезмерный контроль.
- ✓ Реакция ребенка может широко варьировать, от запуганности и бдительности до серьезных ответных поступков.

##### В. Эмоциональный тон

Негативная оскорбительная природа отношений родитель-ребенок может отражаться в подавленных, нерегулируемых реакциях ребенка.

##### С. Психологическое вовлечение

- ✓ Родитель может неверно истолковывать плач ребенка, часто усматривая в этом осмысленное негативное отношение к родителю. Такое восприятие родителя может проявляться в вербальном «нападении» на ребенка, что отражает неразрешенные спорные вопросы, возникшие у родителя в критических отношениях в его прошлом.
- ✓ Какое-то действие ребенка может всколыхнуть ранее перенесенные болезненные переживания (плач ребенка в результате собственного пережитого небрежного отношения к нему). Или, например мать, которая чувствует себя недостойной, когда она не способна создать необходимый комфорт своему ребенку.

#### 906b. Физическое оскорбление

##### А. Поведенческие характеристики

- ✓ Родитель наносит физический вред ребенку (шлепает, бьет по щекам, щипает, пинает ногами; физически удерживает; изолирует на длительный период). Родитель регулярно отказывает ребенку в необходимых для жизни вещах, включая питание, медицинский уход и/или возможность отдохнуть.
- ✓ Этот диагноз также может включать периоды вербального и сексуального оскорбления.

##### В. Эмоциональный тон

- ✓ Гнев, враждебность или раздражение в эмоциональном тоне пары.
- ✓ Сильное или умеренное напряжение и беспокойство между родителем и ребенком, с проявлением недостатка радости и энтузиазма.

##### С. Психологическое вовлечение

- ✓ Родитель демонстрирует гнев или враждебность по отношению к ребенку грубым голосом или поведением (хмурое лицо, сдвинутые брови, грубые слова или отношение).
- ✓ Ребенок имеет тенденции к определенной манере поведения. Отношения могут включать периоды сближения и дистанцирования, избегания или враждебности.

#### 906c. Сексуальное оскорбление

##### А. Поведенческие характеристики.

Родитель сексуально соблазняет ребенка. Поступки направлены на удовлетворение сексуальных потребностей и желаний взрослого:

- ✓ Заставляет или вынуждает ребенка сексуально прикасаться к родителю;
- ✓ Вынуждает ребенка принимать сексуальные прикосновения от родителя;
- ✓ Заставляет ребенка наблюдать за сексуальным поведением других.
- ✓ Ребенок может совершать сексуально наполненные поступки: демонстрировать себя или подсматривать за другими детьми, прикасаться к ним.

### В. Эмоциональный тон

- ✓ Отсутствие возрастных границ и последовательности в отношениях могут отражаться на эмоциях родителя, которые могут быть лабильными. Могут наблюдаться периоды гнева или беспокойства.
- ✓ Ребенок может выглядеть беспокойным или напряженным.
- ✓ Ребенок может быть запуган или агрессивен.

### С. Психологическое вовлечение

- ✓ Родитель без сочувствия или понимания относится к потребностям и желаниям ребенка вследствие полной поглощенности своими желаниями.
- ✓ Родитель имеет крайне извращенное мышление, выбирая в качестве сексуального объекта своего ребенка.

Заслуживает внимания тот факт, что ребенок может иметь проблемы в развитии способностей к фантазированию и воображению, также как в развитии способностей формировать абстрактные категории речи. У ребенка может развиваться тенденция к неполной организации эмоций, мыслей и поведения. Может наблюдаться расщепление эго.

### **Ось III. Медицинские диагнозы и диагнозы, связанные с развитием**

Ось III должна использоваться при упоминания о любых физических, сомато - неврологических, психиатрических диагнозов включая и диагнозы, связанных с развитием, поставленных при использовании других диагностических и классификационных систем. Эти системы включают DSM IV, Международную Классификацию Болезней и специфические классификации, применяемые логопедами, терапевтами и специализированными педагогами.

### **Ось IV. Психосоциальные причины стресса**

Эта ось включена для помощи докторам в разборе различных форм и степени серьезности психосоциального стресса, которые являются влияющими факторами в развитии многообразия нарушений в раннем детстве. (Для сравнения, в развитии посттравматического стресса, описанного в Оси 1, острый или хронический стресс является критическим фактором).

Психосоциальный стресс может быть представлен в жизни маленького ребенка непосредственно (болезнь малыша требует госпитализации) или косвенно (неожиданная болезнь родителя, приведшая к сепарации). Психосоциальный стресс может быть острым, моментальным или длительным; он может быть вызван одним источником или многократными событиями. Специфические события и переходные периоды, являющиеся частью нормальных переживаний в обществе могут быть стрессовыми для маленького ребенка. Например, рождение младшего брата или сестры, переезд семьи, возвращение матери на работу после декретного отпуска или поступление в садик. Для некоторых детей такие переходные периоды являются стрессом, в то время как другие дети адаптируются к новым условиям легко. Другие причины стресса могут быть распространяющимися и продолжительными; они включают бедность, насилие, жестокость в окружающем мире и дома.

Учитывая влияние непосредственного и косвенного психосоциального стресса на маленьких детей, следует подумать о потере ребенком защищенности, безопасности и комфорта. Поэтому необходимо отличать серьезность специфического источника стресса от его основного влияния на ребенка, который будет определяться реакцией окружающей среды. Воспитательная среда может защитить ребенка от источника стресса, уменьшить его влияние; также среда может способствовать усилению влияния стресса на ребенка отсутствием предложения защиты или негативным отношением.

Основное влияние стрессового события или продолжительного стресса зависит от трех факторов:

- ✓ степень серьезности источника стресса (его интенсивность и продолжительность на

этом уровне интенсивности; внезапность; частота и непредсказуемость его повторения);  
✓ уровень развития ребенка (хронологический возраст, способности ребенка, сила эго);  
✓ способность взрослых быть защитным буфером для ребенка и помочь ему понять и справиться с источником стресса.

Целью стрессового индекса, приведенного ниже, является идентификация источников стресса, их серьезность и продолжительность относительно конкретного ребенка. Чем больше количество факторов, тем, предположительно, сильнее стресс. Следствия стресса, которые должны приниматься во внимание, включают разрыв в развитии, симптоматические поступки, регресс, изменение реакций и проблемы в отношениях. Цель оценки влияния стресса на ребенка включает в себя попытку «ухватить» эластичность ребенка в свете силы стресса, индивидуальных возможностей (внутренних ресурсов) и внешней поддержки.

Ввиду быстрого развития и биологического созревания в самые ранние годы чувствительности ребенка к изменениям и способности адаптироваться мы предлагаем следующие значения для «доминирующего резкого» и «доминирующего продолжительного» стресса.

	Доминирующий резкий	Доминирующий продолжительный
Первый год:	до одного месяца	более одного месяца
Второй год:	до трех месяцев	более трех месяцев
Третий год:	до трех месяцев	более трех месяцев

Используя этот индекс, врач должен идентифицировать все источники стресса и определить степень тяжести стресса (от легкой до тяжелой). Затем оценить влияние стресса на ребенка, которое может быть определено реакцией среды, уменьшающей или увеличивающей влияние на ребенка.

Для того чтобы определить совокупную тяжесть стресса, очень важно идентифицировать все источники стресса в детском окружении – например, психическая болезнь родителя, сепарация и бедность.

Также необходимо идентифицировать возможные повседневные источники стресса, неважно, оказывают ли они негативное воздействие на ребенка или нет. Например, переезд семьи, рождение младшего брата или сестры, поступление в школу или садик.

### **Стрессовый индекс (острый, продолжительный)**

#### Источник стресса

- ✓ Похищение
- ✓ Оскорбление
  - физическое
  - сексуальное
  - эмоциональное
- ✓ Усыновление
- ✓ Рождение брата или сестры
- ✓ Проживание в чужой семье
- ✓ Госпитализация
- ✓ Потеря родителя
- ✓ Потеря другого важного человека
- ✓ Медицинское заболевание
- ✓ Переезд
- ✓ Природное бедствие
- ✓ Плохой уход за ребенком
- ✓ Болезнь родителя
  - физическая
  - психическая

- ✓ Бедность
- ✓ Поступление в садик/школу
- ✓ Сепарация от родителя
  - выход на работу
  - другие причины
- ✓ Внезапная потеря дома
- ✓ Неожиданная травма
- ✓ Травма близкого человека
- ✓ Насилие в окружающей среде
- ✓ Другие

#### Общее влияние стресса

Доктор должен рассматривать общее влияние всех источников стресса на ребенка, перечисленных выше. Перечень, приведенный ниже, может быть использован как оценочная шкала для клинических и исследовательских целей.

- ✓ Нет явного влияния.
- ✓ Эффект легкой тяжести – заметное напряжение, беспокойство, но не влияет на общую адаптацию, раздражительность, вспышки гнева или плача, нарушения сна.
- ✓ Эффект средней тяжести – нарушения в некоторых областях адаптации, но нет повреждения сущности общения и коммуникабельности, липнет к матери, не хочет идти в садик или школу, импульсивное или сопротивляющееся поведение, нарушения сна.
- ✓ Сильное влияние – значительные нарушения адаптации. Ребенок категорически уклоняется от общения, выглядит подавленным, безутешно плачет.

#### **Ось V. Функциональный уровень эмоционального развития ребенка**

Взаимная вовлечённость (наблюдается в возрасте от 3-6 месяцев).

Способность к эмоциональному включению во взгляде, улыбке, смехе, синхронных движениях рук и ног и других жестах, которые выражают чувство удовольствия. По мере развития взаимоотношений, младенец развивает растущее чувство безопасности и комфорта, любопытство и интерес к ухаживающему лицу. В процессе развития, частью этой способности становится более широкий диапазон эмоций.

Намеренность и взаимность. Наблюдается в возрасте 6-8 месяцев.

Способность к намеренному, целенаправленному, взаимному общению, инициация и ответ на сигналы другого человека. Способность к причинно-следственному взаимодействию включает как сенсомоторные, так и эмоциональные паттерны (проситься на руки, любопытство и исследование, засовывание пальца в рот матери). Это можно рассматривать как закрытие и открытие коммуникативного цикла (младенец указывает пальцем на предмет, взрослый берет его и помещает перед ним, младенец улыбается, вокализует, закрывая цикл коммуникации, давая ответ родителю.) Число и сложность циклов коммуникации возрастает с развитием ребенка, от 3-4 в 8-10 месяцев, 10-15 циклов в 12-16 месяцев, 20-30 в 20-24 месяца, 2-3 года - 30-40 циклов, 50 и более циклов в 3-4 года.

Намеренная аффективная коммуникация. Наблюдается у детей старше 18 месяцев.

Способность использовать психические репрезентации в игре или речи для обмена эмоциями или идеями. Например – кормление или укладывание кукол, (18-24 месяца), использование слов типа «люблю тебя...» (к 30 месяцам). Сначала слова и жесты могут быть более конкретными и относящимися к ежедневным рутинам.

Развитие репрезентаций. Дети старше 30 месяцев.

Способность к использованию намеренной коммуникации, игры по поводу вещей, не относящихся к базовым потребностям. Использование символической коммуникации в обмене 1-2 идеями с использованием более сложных намерений, желаний или чувств (идеи близости и зависимости, разлуки, гнева, гордости). Эти идеи не должны быть

обязательно логично связаны одна с другой. (Нагружать и разгружать грузовик и строить башню).

Дифференциация репрезентаций 1. Дети старше 36 месяцев.

Способность исползовать сложные намерения, желания и чувства в игре понарошку или других типах символической коммуникации, используя большее количество логически связанных идей. Ребенок способен различать реальное от нереального и переходить от фантазии к реальности с небольшими сложностями. С 36 месяцев ребенок способен закрывать циклы как реальной, так и символической коммуникации.

Дифференциация репрезентаций 2. Дети старше 42 месяцев.

Способность к развитию более сложной игры или символической коммуникации со сложными намерениями, чувствами и желаниями. Игра или намеренная коммуникация включает 3 и логически связанных идей, ребенок различает фантазии и реальность, принимая во внимание причинно-следственные связи, время и пространство. К 42-48 месяцам ребенок может спланировать «как», «зачем» будет происходить игра или диалог.

Как обследовать функциональный уровень эмоционального развития?

Необходимо уделить внимание следующим вопросам:

- ✓ Достиг ли ребенок способностей, ожидаемых от его возраста
- ✓ Способен ли ребенок отвечать на адекватном возрасту уровне в разных условиях, включая, такие эмоциональные состояния как гнев, удовольствие, фрустрация, находясь в состоянии стресса, в смущающей, перестимулирующей обстановке.
- ✓ Способен ли ребенок к более подходящему ответу, когда родитель помогает ему, обеспечивая сенсомоторное содействие (качая, совместно понимая, напевая ребенку).
- ✓ Способен ли ребенок к более подходящему ответу, если родитель контролирует уровень стресса или смущения, уменьшая уровень стимуляции (освещенность, звук, количество людей или игрушек).
- ✓ Испытывает ли родитель потребность в поощрении, инициирует ли ребенок соответствующее возрасту взаимодействие.
- ✓ Способен ли ребенок удерживаться в реальном диалоге.

Другими словами, экспериментатор должен определить, достиг ли ребенок соответствующего возрасту уровня, как долго он поддерживает его, какие условия необходимы для этого.

В оценке уровня эмоционального развития существуют два этапа. Вначале оценивается уровень взаимодействия с каждым из значимых взрослых (каждого из них просят взаимодействовать с ребенком примерно по 10 минут, если ребенку больше двух лет, просят поиграть с ним в игру понарошку после пяти минут взаимодействия, для этого должны иметься подходящие игрушки). Оценивается уровень отдельно с каждым взрослым. Затем оценивается суммарный уровень.

Суммарная оценка:

1. Полностью достиг ожидаемого уровня
2. Находится на ожидаемом уровне, но с некоторыми ограничениями:
  - ✓ Не проявляет данных способностей в некоторых эмоциональных состояниях
  - ✓ Не проявляет данных способностей в состоянии стресса
  - ✓ Функционирует на данном уровне только с одним ухаживающим, не делая этого с другими, даже вполне умелыми, либо нуждается в дополнительной поддержке.
3. Не достиг настоящего уровня, но достиг всех предыдущих (указать, каких)
4. Не достиг настоящего уровня, но достиг некоторых предыдущих (указать, каких)
5. Не достиг ни одного предыдущего уровня

## ОБЩИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Важнейшую особенность детского и подросткового возраста составляет непрерывный, но вместе с тем и неравномерный процесс развития и созревания структур и функций всего организма, в том числе и центральной нервной системы. Наиболее интенсивное психическое развитие (психический онтогенез) приходится на детский и подростковый возраст, когда формируются как отдельные психические функции, так и личность в целом.

Психическое развитие происходит в результате контакта ребенка и подростка с окружающей средой. В связи с этим симптомы психических расстройств, возникающие при психических заболеваниях, представляют собой интегративное выражение нарушений биологического и психического (социального) созревания. Методологическую основу изучения возрастных особенностей психических заболеваний у детей и подростков составляет онтогенетический подход в сочетании с принципом единства биологического и социального (Ковалев В.В., 1985).

Психическое развитие протекает не равномерно, поступательно, а поэтапно и скачкообразно. Отдельные этапы разграничены временными рамками, когда происходят наиболее бурные, качественные изменения в психике (периоды возрастных кризов).

### Возрастные кризы:

- ✓ первый возрастной криз (2-4 года)
- ✓ второй возрастной криз (6-8 лет)
- ✓ подростковый криз (12-18 лет).

В периоды возрастных кризов в связи с нарушением физиологического и психологического равновесия часто возникают различные психопатологические симптомы, т.е. нарушения психического развития. Эти нарушения могут быть вызваны как биологическими, так и средовыми факторами или их сочетаниями.

Нарушение психического развития - психический дизонтогенез проявляется:

- ✓ в нарушении темпов развития психики
- ✓ в нарушении сроков развития психики в целом
- ✓ в нарушении отдельных функциональных систем.

### Типы нарушений психического развития:

- ✓ ретардация
- ✓ асинхрония развития
- ✓ высвобождение и фиксаця ранних форм реагирования.

Ретардация — запаздывание или остановка развития отдельных психических функций.

Варианты ретардации:

- ✓ тотальная ретардация
- ✓ парциальная ретардация (нарушение темпа и сроков созревания отдельных функциональных систем).

Клиническим выражением **тотальной психической ретардации** является общее психическое недоразвитие (олигофрения).

Клиническим выражением **парциальной ретардации** является незрелость отдельных психических процессов — речи, внимания, школьных навыков, сюда же относятся проявления инфантилизма и невропатии. В этих случаях запаздывает переход от более простых, преимущественно природно-психических свойств к более сложным — социально-психическим, познавательным.

Асинхрония развития - диспропорциональное, искаженное развитие психики характеризуется выраженным опережением развития одних психических функций и запаздыванием других. Искажённое развитие проявляется в синдроме детского аутизма и гебоидном синдроме в подростковом возрасте. Случаи, при которых одна или несколько

функциональных систем развиваются, значительно обгоняя типичную для них хронологию, обозначаются термином акселерация.

Высвобождение и фиксация более ранних форм нервно-психического реагирования на более поздних этапах развития проявляются:

- ✓ нарушением навыков опрятности
- ✓ патологическими привычными действиями
- ✓ мутизмом
- ✓ патологическими страхами и фантазиями.

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

В основе негативных дизонтогенетических симптомов лежит задержка или искажение развития нервно-психических функций, а именно:

- ✓ симптомы приостановки и задержки темпа познавательных функций и мышления (синдромы умственной отсталости и пограничных состояний интеллектуальной недостаточности)
- ✓ симптомы недоразвития и задержки развития речи и моторики.

Продуктивные дизонтогенетические симптомы представлены:

- ✓ дисфункцией созревания
- ✓ относительной возрастной незрелости физиологической системы.

Клинически продуктивные дизонтогенетические симптомы проявляются в виде:

- ✓ стереотипии
- ✓ эхолалии
- ✓ страхов
- ✓ патологических фантазий
- ✓ ипохондрических и дисморфофобических переживаний
- ✓ синдромов сверхценных интересов и увлечений.

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

Продуктивные дизонтогенетические симптомы подобно продуктивным психопатологическим симптомам у детей отличаются малой нозологической специфичностью и возрастным изоморфозом. Имеется в виду преобладание психопатологического сходства, связанного с возрастом, над психопатологическими различиями, обусловленными спецификой того или иного заболевания.

В клинической картине психических заболеваний у детей младшего возраста преобладают продуктивные дизонтогенетические симптомы, в то время как продуктивные симптомы обычного типа имеют рудиментарный, стертый и эпизодический характер.

В этиологии и патогенезе психических расстройств у детей и подростков важнейшую роль принадлежит возрастному фактору.

Возрастной фактор в виде изменений общей и нервной реактивности в определенные критические периоды онтогенетического развития может иметь определенное этиологическое значение, способствующее возникновению тех или иных психических заболеваний. Такие периоды называют периодами повышенной восприимчивости к различным вредностям. В критические периоды не только имеются условия, облегчающие возникновение психических заболеваний, но и наблюдается их более тяжелое течение. Психические заболевания, возникающие в интервалах между периодами возрастных кризов, отличаются более благоприятным течением и менее тяжелыми проявлениями.

С позиции эволюционно-динамического подхода к возрастным закономерностям патогенеза психических заболеваний у детей и подростков, необходимо учитывать теорию периодизации индивидуального развития. Согласно этой теории индивидуальное развитие рассматривается как поэтапный переход от одного качественного состояния к другому, качественно более высокому, причем новые формы реагирования и функционирования головного мозга не вытесняют старые формы, а преобразуют и подчиняют их. Каждая стадия развития раскрывает новый уровень функциональной организации ребенка. Она одновременно — и период эволюции психики, и тип поведения человека, который на каждом этапе развития ведет себя соответственно уровню зрелости его нервной системы.

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

Патогенетическую основу преимущественных для детского и подросткового возраста психических расстройств составляют механизмы сменяемости различных уровней патологического нервно-психического реагирования на те или иные вредности.

Выделяют четыре основных возрастных уровня.

Соматовегетативный уровень реагирования (0-3 года). которому свойственны различные варианты невропатического синдрома. Расстройства проявляются нарушениями со стороны внутренних органов, преимущественно желудочно-кишечного тракта, нарушением сна, вегетативными расстройствами.

Психомоторный уровень реагирования (4-7 лет). К нему относятся синдром гиперактивности, неврозоподобные двигательные расстройства (тики, заикание, мутизм). Выделение данного уровня для детей дошкольного и младшего школьного возраста объясняется тем, что с 6 до 12 лет происходит дифференциация функций двигательного анализатора и к 7 годам ядро корковой части двигательного анализатора приобретает структуру, сходную с архитектоникой у взрослых.

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

Эмоционально-идеаторный уровень реагирования (11-17 лет). Психические расстройства возникают на основе сверхценных образов, к которым склонны подростки. Это суицидальные реакции, ипохондро-дисморфофобические расстройства, синдромы сверхценных интересов и увлечений и философской интоксикации.

Специфические подростковые поведенческие реакции

- ✓ Реакция отказа (характеризуется отсутствием или снижением стремления к естественным контактам с окружающими).
- ✓ Реакция оппозиции (характеризуется активным или пассивным противопоставлением себя окружающим).
- ✓ Реакция имитации (характеризуется стремлением к подражанию какому-либо лицу или образу).
- ✓ Реакция компенсации (характеризуется стремлением скрыть или восполнить собственную несостоятельность в какой-либо области успехом в другой).
- ✓ Реакция гиперкомпенсации (характеризуется стремлением достичь успеха именно в той области деятельности, в которой отмечается несостоятельность).
- ✓ Реакция эмансипации (характеризуется склонностью к подчеркнутой собственной самостоятельности и независимости).
- ✓ Реакция группирования (характеризуется неспособностью к самостоятельной деятельности и стремлением решить собственные проблемы посредством группировки с другими людьми).

В основе реакции эмансипации лежит свойственное подростковому возрасту стремление к самоутверждению, которое в ряде случаев может становиться сверхценным. Реакции эмансипации проявляются в стремлении «делать все по-своему», часто вопреки советам взрослых, в активном несогласии с правилами поведения, которых придерживается старшее поколение, в критике по отношению к старшим. В крайних случаях подростки уходят из дома, самостоятельно устраиваются на работу в другом городе, а иногда начинают бродяжничать.

Типичной для подростков, особенно мужского пола, является реакция группирования со сверстниками, стремлении подростков образовывать более или менее стойкие спонтанные группы, в которых устанавливаются определенные неформальные отношения где имеются свои лидеры и исполнители. В группах происходит более или менее естественное распределение «ролей», в основе которого чаще лежат индивидуальные особенности личности подростков (А.Е.Архангельский, 1971). Склонностью подростков к группированию объясняют факт преобладания групповых правонарушений, совершаемых подростками (Г.М.Миньковский, 1969). Повышенная склонность к объединению в группы с подростками, отличающимися асоциальным поведением, считается характерной чертой подростков с так называемой педагогической запущенностью (О.В.Кербиков, 1968). Роль реакций группирования в клинике пограничных состояний исследована мало.

Своеобразную полиморфную группу составляют «реакции увлечения», или «хобби-реакции» (А.Е.Личко, 1973, 1977; Ю.А.Скродский, 1973, 1974). По мнению А.Е.Личко (1977), наличие тех или иных увлечений – одна из важнейших черт психологии подростка. Увлечениями он называет структурные компоненты личности, которые тесно связаны, с одной стороны, с влечениями, а с другой – с наклонностями и интересами.

#### Типы увлечений у подростков

- ✓ информативно-коммуникативные увлечения (жажда получения новых сведений, потребность в контактах, являющихся источником этих сведений);
- ✓ увлечения, основанные на чувстве азарта (связанные с различными играми);
- ✓ эгоцентрические увлечения, связанные со стремлением быть в центре внимания (участие в художественной самодеятельности, спортивных выступлениях, увлечение иностранными языками, литературой, историей и т.п. в целях демонстрации своей «необычности»);
- ✓ увлечения, обусловленные страстью к накопительству (разные виды коллекционирования);
- ✓ увлечения, основанные на стремлении к лидерству;
- ✓ интеллектуально-эстетические увлечения (углубленные занятия каким-либо одним видом деятельности познавательного или эстетического характера).

Чрезмерно выраженные увлечения могут вести к нарушениям поведения и явлениям социальной дезадаптации – подростки забрасывают учебу, сходятся с асоциальными лицами, начинают заниматься мелким воровством, спекуляцией в целях удовлетворения своего увлечения. Выраженная охваченность «увлечением», аффективная заряженность поведения, обусловленного им, позволяют связывать реакции увлечения со сверхценными образованиями.

В группу характерологических и патохарактерологических реакций подростков, включаются и реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением. А.Е.Личко (1977) к ним относит различные виды мастурбации у подростков, раннее вступление в половую жизнь, беспорядочные половые связи, преходящие гомосексуальные действия и др. В их возникновении ведущая роль принадлежит повышенному, но в то же время недостаточно дифференцированному половому влечению.

К возникновению личностных реакций (А.Е.Личко, 1977) более склонны подростки с акцентуацией характера.

Реакции эмансипации особенно легко возникают в условиях гиперопеки у подростков с гипертимными чертами характера.

Реакция группирования особенно выражена у гипертимных, неустойчивых и конформных подростков.

К реакциям увлечения склонны подростки с различной акцентуацией, однако характер увлечения при них различен (коллекционирование как стойкое увлечение особенно выражено у подростков с эпилептоидным типом акцентуации, интеллектуально-эстетические увлечения - шизоидной акцентуации).

Вышеуказанные факторы – лишь условия, на фоне которых под влиянием психических вредностей возникают психические расстройства.

Под ситуациями, при которых возникают эмоциональные нарушения, принято понимать конфликтные ситуации, которые сопровождаются у подростка переживаниями обиды, огорчения, гнева, страха, оскорбления, чувства одиночества, несправедливости, испуга, потери. Причиной развития нарушений психологического развития и эмоционального стресса, снижения адаптации подростков могут служить хронические соматические заболевания. У подростков соматическая патология часто сочетается с опасениями за свое здоровье, страхом смерти, преувеличением тяжести заболевания, нарастанием астении. Все это диктует необходимость выделения подростков с хроническими соматическими заболеваниями в группу повышенного риска возникновения психосоматических отклонений.

Особенности психического состояния подростка, его постоянное стремление к утверждению своей личности, эмоциональное напряжение делают его необычайно ранимым в психическом отношении, а нередко становятся и источником конфликтов.

#### Характерные черты подросткового периода по Гесселю:

Возраст 11 лет - начало биологических изменений:

- ✓ плохое настроение (гнев)
- ✓ импульсивность
- ✓ бунт против родителей
- ✓ безразличие к внешнему виду.

Возраст 12 лет – становятся рассудительными:

- ✓ стараются вести себя как взрослые
- ✓ общительные
- ✓ любят противоположный пол (играют на вечеринках в игры, во время которых необходимо целоваться)
- ✓ очень важным становится мнение товарищей
- ✓ считают, что ничего плохого с ними не может случиться
- ✓ не видят дальнейших последствий в своих действиях.

Возраст 13 лет – прислушиваются к критике:

- ✓ критически относятся к родителям
- ✓ становится меньше очень близких друзей.

#### Типы конфликтов у подростков:

- ✓ Эмансипационный конфликт – как следствие столкновения реакции эмансипации с чрезмерным контролем и опекой со стороны старших.
- ✓ Конфликт на основе реакции группирования со сверстниками – коренная ломка жизненного стереотипа.
- ✓ Конфликт на основе комплекса собственной неполноценности.
- ✓ Конфликт на почве краха завышенных притязаний.
- ✓ Конфликт на основе невозможности удовлетворить высокие требования к самому себе.

В американской классификации психических расстройств DSM-III выделяется ось IV, которая содержит шкалу из 6 пунктов для кодирования психосоциальных факторов, вызывающих стресс и способствующих развитию психических и поведенческих расстройств у детей и подростков.

### Шкала тяжести (ВОЗ) психосоциальных стрессов для детей и подростков:

1. Отсутствие стресса.
2. Слабый стресс: острый – разрыв с возлюбленным (возлюбленной), переход в другую школу; хронический – жизнь в условиях перенаселения, конфликты в семье.
3. Умеренный стресс: острый – исключение из школы, рождение братьев и сестер; хронический – хроническое заболевание с утратой трудоспособности у родителей; постоянный конфликт с родителями.
4. Тяжелый стресс: острый – развод родителей, нежелательная беременность, арест; хронический – жестокие родители или их отказ от ребенка: помещение ребенка на воспитание в различные учреждения.
5. Чрезмерно тяжелый стресс: острый – сексуальная или физическая неполноценность; смерть родителя; хронический – устойчивые сексуальные или физические нарушения.
6. Катастрофический стресс: острый – смерть обоих родителей; хронический – хроническое, угрожающее жизни заболевание.

Патохарактерологические реакции (А.Е.Личко, 1985) – психогенно обусловленные, выраженные и стереотипно повторяющиеся отклонения в поведении, отличающиеся от нормальных его форм склонностью:

- ✓ к генерализации (способностью возникать в самых различных ситуациях и по различным, зачастую незначительным, поводам);
- ✓ к стереотипности проявлений, повторяя как клише по разным поводам одни и те же поступки;
- ✓ превышать «потолок» поведенческих нарушений, однако, в соответствии с поведенческими девиациями свойственными группе, к которой принадлежит подросток;
- ✓ приводить к социальной дезадаптации.

Клинические формы патохарактерологических реакций у подростков:

- ✓ Неустойчивые
- ✓ Истероидные
- ✓ Аффективно-эксплозивные.

Патохарактерологические реакции – обратимая форма пограничных состояний. Однако при их повторении обнаруживается тенденция к постепенной фиксации свойственных им форм поведения, которые исподволь все более превращаются в стойкий модус личностного реагирования, т.е. могут стать исходным моментом патологического формирования личности.

Диагностика опирается на установление психологически понятной связи нарушений поведения с психотравмирующей ситуацией.

Причина – неблагоприятные повторно возникающие ситуации неправильного отношения к подростку в семье, в школе, в социуме, особенности темперамента, ранняя органическая неполноценность ЦНС, ускоренный или замедленный темп полового созревания, хроническая соматическая патология.

Прогноз. В случае нормализации микросреды и сглаживания с возрастом психической дисгармонии, свойственной подростку, прогноз патохарактерологических реакций благоприятный.

### **Акцентуации характера**

Подростковый возраст является критическим в отношении становления характера как базиса личности. Личность в целом, с ее интеллектом, способностями, наклонностями, мировоззрением и другими компонентами продолжает формироваться, и после достижения физической зрелости.

В период становления характера бывают особенно хорошо видны его типологические черты – выявляются разные типы акцентуации характера.

Акцентуации характера (А.Е.Личко, 1977, 1979) – это крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживаются

избирательная уязвимость определенного рода психогенным воздействиям при хорошей устойчивости к другим.

Акцентуации характера не являются клиническим диагнозом, а лишь почвой, преморбидным фоном, предрасполагающим фактором для развития психогенных расстройств.

#### Основные типы акцентуации характера у подростков

Существует две классификации типов акцентуации характера: классификации К.Леонгард (1968) и А.Е.Личко (1977). В.В.Юстицкий (1977), сопоставляя классификации, установил определенное соотношение типов акцентуации личности и характера.

#### Характеристика отдельных типов акцентуации характера у подростков.

Акцентуации личности (К.Leonhard, 1964)	Акцентуации характера (А.Е.Личко, 1977)
Гипертимический	гипертимный
Дистимический	циклоидный
Аффективно-лабильный	-
Аффективно-экзальтированный	лабильный
Эмотивный	-
Тревожный (боязливый)	-
-	астено-невротический
-	сенситивный
Педантичный	психастенический
Интравертированный	шизоидный
Возбудимый	эпилептоидный
Застревающий	-
Демонстративный	истероидный
-	неустойчивый
Экстравертированный	конформный

#### Гипертимный тип акцентуации

- ✓ общительность подростков
- ✓ чрезмерная самостоятельность;
- ✓ отсутствие чувства дистанции в отношении с взрослыми;
- ✓ повышенный фон настроения на фоне высокого жизненного тонуса;
- ✓ эпизодические вспышки гнева, раздражительности;
- ✓ повышенная отвлекаемость, недисциплинированность;
- ✓ выраженная реакция эмансипации (раннее проявление самостоятельности и независимости).

На гиперпротекцию со стороны родителей и воспитателей с ее мелочным контролем, повседневной опекой, наставлениями и нравоучениями, «проработкой» за мелкие проступки дома и на собраниях реагируют крайне бурно; плохо переносят жесткую дисциплину и строго регламентированный режим; в необычных ситуациях не теряются, проявляют находчивость, умеют ловчить и изворачиваться. К правилам и законам представители этого типа относятся легкомысленно, могут незаметно для себя проглядеть грань между допустимым и запрещенным.

Подростки всегда тянутся в компанию, тяготеют и плохо переносят одиночество, среди сверстников стремятся к лидерству, к роли вожака и заводилы; при общительности в выборе знакомств неразборчивы и легко могут оказаться в сомнительной компании. Любят риск и авантюры.

Подростки, легко воодушевляясь, часто не доводят начатое до конца, непрестанно меняют «хобби»; плохо справляются с работой, требующей большой усидчивости, тщательности, кропотливого труда; аккуратностью не отличаются ни в выполнении

обещаний, ни в денежных делах, легко залезают в долги, любят прихвастнуть; склонны видеть свое будущее в радужных красках. Неудачи могут вызвать бурную реакцию, но неспособны надолго выбить из колеи. Подростки-гипертимики быстро отходчивы, быстро мирятся и даже дружат с теми, с кем раньше ссорились.

Циклоидный тип. В начале пубертатного периода наступает первая субдепрессивная фаза. В дальнейшем первая фаза чередуется с подъемом настроения и с периодами ровного настроения. Длительность фаз от нескольких дней до 1-2 недель.

У подростков в субдепрессивной фазе отмечают:

- ✓ вялость,
- ✓ упадок сил,
- ✓ ухудшение работоспособности,
- ✓ избегание сверстников, компаний,
- ✓ снижение аппетита,
- ✓ затруднение периода засыпания,
- ✓ избирательная чувствительность к укорам, упрекам, обвинениям.

В случае совпадения в данной фазе серьезных нареканий или неудач, особенно если они унижают самолюбие, возможно возникновение мыслей:

- ✓ о собственном безволии
- ✓ неполноценности
- ✓ никчемности
- ✓ суицидальности.

В период подъема циклоидные подростки выглядят как гипертимы. Эмансипационные устремления и группирование со сверстниками отмечают во время подъемов, а в субдепрессивной фазе блекнут. Хобби отличаются неустойчивостью, в субдепрессивной фазе подростки их забрасывают. Сексуальная активность возрастает в периоды подъема, но в субдепрессивной фазе может усиливаться онанизм. Делинквентность, побеги из дома, токсикоманическое поведение для них несвойственны.

Лабильный тип. В детстве не отличаются от сверстников или обнаруживают склонность к невротическим реакциям. В подростковом возрасте регистрируются:

- ✓ крайняя лабильность настроения
- ✓ глубокая привязанность к близким родственникам
- ✓ преданность в дружбе
- ✓ поиск новых впечатлений в компаниях
- ✓ умеренность реакции эмансипации
- ✓ в группе сверстников занятие роли опекаемого и защищаемого
- ✓ преимущественный вид преобладания хобби - информативно-коммуникативный тип
- ✓ сексуальная активность – преимущественно флирт и ухаживание
- ✓ правильная самооценка
- ✓ сочетание лабильного типа с гармоничным психофизическим инфантилизмом, вегетативной лабильностью.

Лабильный тип акцентуации характера служит почвой для острых аффективных реакций, невротических расстройств (особенно неврастений), реактивной депрессии, психопатических расстройств. «Слабое звено» – отвержение со стороны эмоционально значимых лиц, утрата близких, разлука.

Астено-невротический тип. При астено-невротическом типе акцентуации наиболее характерными признаками являются:

- ✓ утомляемость (проявляющаяся в умственных занятиях, при физических и эмоциональных напряжениях, в обстановке соревнований);
- ✓ раздражительность (внезапные аффективные вспышки, возникающие по малейшему поводу, сменяющиеся раскаянием и слезами);
- ✓ ипохондричность (прислушивание к телесным ощущениям, желание подвергаться врачебным обследованиям, лечиться).

У мальчиков-подростков источником ипохондрических переживаний является сердце. В самооценке отражается забота о здоровье. Астено-невротический тип акцентуации является почвой для развития психосоматических заболеваний, невротических расстройств личности, неврозов, реактивных депрессий, ятрогении. Тяжелые болезни у близких и знакомых усиливают ипохондричность. Срывы возникают у подростков, когда они осознают невыполнимость планов, нереальность надежд и желаний.

#### Сенситивный тип.

- ✓ Привязанность
- ✓ Послушание («домашние дети»)
- ✓ Боязливость (страх темноты, одиночество, другие страхи)
- ✓ Робость и застенчивость
- ✓ Затруднение контакта со сверстниками.
- ✓ Раннее формирование чувства долга, ответственности.

В младшем подростковом возрасте характерологических изменений нет. В старшем подростковом возрасте обнаруживаются:

- ✓ чрезмерная впечатлительность
- ✓ чувство собственной неполноценности (осозание недостатков преимущественно в области морально-этических и волевых качеств).

Сенситивные юноши не лгут, не курят, отсутствует делинквентность и склонность к алкоголизации. Сенситивная акцентуация характера служит почвой для аффективных реакций интрапунитивного типа:

- аутоагрессии (нанесение себе повреждений, суицидальное поведение, аутопорезы),
- импунитивные реакции, где аффект разряжается без стремления проявить агрессию в отношении других или самого себя, а путем бегства из психотравмирующей ситуации (impunity – безнаказанность), побег из дома.

Ударом по «слабому звену» обычно оказывается ситуация, где подросток становится объектом недоброжелательного внимания окружающих, насмешек или подозрений в неблагоприятных поступках, когда на репутацию падает тень, или когда подросток подвергается несправедливым обвинениям.

Источником тяжких угрызений совести у мальчиков служит онанизм, характерный для подросткового возраста.

Увлечения подростков с сенситивным типом акцентуации носят либо интеллектуально-эстетический характер (искусство, музыка, рисование, домашние цветы, птицы), либо связаны с реакцией гиперкомпенсации (достижение результата и признание) (Скороцкий Ю.Н., 1973).

«Слабоволие» пытаются нейтрализовать занятиями силовыми видами спорта (борьба, гантельная гимнастика). Робость и застенчивость пытаются побороть, устремляясь на общественные посты, где обычно тщательно выполняют формальную часть порученной функции, оставляя фактическое лидерство другим. Сексуальное влечение усиливает застенчивость и переживания собственной неполноценности.

#### Психастенический тип. Основными чертами психастенического типа являются:

- ✓ нерешительность;
- ✓ склонность ко всякого рода рассуждениям;
- ✓ тревожная мнительность в виде опасений за будущее свое и своих близких; самоанализ;
- ✓ навязчивость страхов, опасений, действий, ритуалов, представлений, мыслей.

Защитой от постоянной тревоги становятся выдуманные приметы и ритуалы (на контрольные и экзамены надевать одну и ту же «счастливую рубашку», переступать порог только левой ногой), специально выработанный педантизм и формализм (все предусмотреть – как ритуальная защита). Подростковые нарушения поведения

(деликвентность, побеги из дома, алкоголизация, реакция эмансипации, стремление к группированию со сверстниками) психоастеникам не характерно.

Психастенический тип акцентуации характера служит почвой для развития обсессивного невротического расстройства, психосоматических заболеваний, патологических развитий личности.

#### Шизоидный тип. Характеристика шизоидного типа акцентуации

- ✓ Замкнутость.
- ✓ Отгороженность.
- ✓ Мимозоподобная чувствительность.
- ✓ Недостаточность эмпатии (сопереживания).
- ✓ Недостаточность интуиции.
- ✓ Социальная неконформность у подростков (негодование по поводу существующих правил и порядков, насмешки над распространенными идеалами, интересами, духовными ценностями).
- ✓ Затрудненность контакта со сверстниками.
- ✓ Вычурность увлечений (многочасовые одинокие прогулки).
- ✓ Вычурность сексуальной активности (онанировать под чужими окнами, эксгибиционировать перед малышами, случайность связей, сексуальные фантазии).
- ✓ Опасность токсикоманического поведения.
- ✓ Избирательность самооценки.
- ✓ Характерные соматические признаки (худощавость, дряблость мускулатуры, сутуловатость).

В целом шизоидная акцентуация по истечению подросткового периода не препятствует хорошей социальной адаптации. Существует риск заболевания вялотекущей шизофренией.

Эпилептоидный тип. В детстве – садистические наклонности (мучить животных, дразнить младших, издеваться над беспомощными детьми, мелочная аккуратность). В подростковом возрасте:

- ✓ злобно-тоскливое настроение
- ✓ взрывчатость
- ✓ нарастающая аффективность (безудержная ярость, циничная брань, жестокие побои, нередки аутоагрессивные реакции)
- ✓ склонность к сексуальным эксцессам с садистическими и мазохистическими наклонностями, патологической ревности
- ✓ склонность напиваться до «отключения»
- ✓ тотальность брутальности (грубости)
- ✓ склонность к азартным играм, к коллекционированию
- ✓ вязкость, тугоподвижность, инертность, сказывающейся как на моторике и эмоциональности, так и мышлении и личностных ценностях
- ✓ злопамятность.

Внешний облик эпилептоидного подростка, описанный Г.Е.Сухаревой (1959) – приземистая крепкая фигура, массивный торс с короткими конечностями, круглая, чуть вдавленная в плечи, голова, большая челюсть, крупные гениталии у мальчиков. Удар по «слабому звену» поступает при конфликтах по поводу ущемления интересов, при возможности проявить деспотическую власть, либо под влиянием алкогольного опьянения.

При эпилептоидном типе акцентуации характера возможны различные расстройства поведения, включая и криминального типа (Вдовиченко А.А., 1976, А.Е. Личко, В.С.Битенский, 1991) психопатии.

Истероидный тип. Главной чертой является эгоцентризм, ненасытная жажда постоянного внимания окружающих к своей особе, потребность вызывать восхищение, удивление, почитание, сочувствие. Среди других черт:

- ✓ избирательная внушаемость
- ✓ лживость
- ✓ антазирование
- ✓ театральность переживаний
- ✓ демонстративность в поведении
- ✓ сочетание с психическим инфантилизмом
- ✓ стремление к доминированию, к лидерству
- ✓ высокий уровень притязаний.

При истероидном типе возможно развитие острых аффективных реакций демонстративного типа, истерического невроза, истероидной психопатии.

Неустойчивый тип. В подростковом возрасте характерно:

- ✓ слабоволие
- ✓ трусость
- ✓ необъективность самооценки
- ✓ ранняя алкоголизация
- ✓ праздность досуга (тяга к удовольствиям, развлечениям, безделью)
- ✓ равнодушие
- ✓ ассоциальность при группировании со сверстниками
- ✓ снижение мотивации к труду, к учебе.

Конформный тип.

- ✓ консерватизм «во всем» - думать «как все», поступать «как все», чтобы все было «как у всех».
- ✓ непереносимость перемен.

Реакция эмансипации у конформных подростков проявляется в случае, когда родители и воспитатели отрывают их от привычной для них среды сверстников.

В период полового созревания, поведение у подростков в значительной мере определяется и характерными психологическими особенностями (Г.Е.Сухарева, 1959; О.В.Кербиков, 1961; В.В.Ковалев, 1973; А.Е.Личко, 1979).

## ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

### Нарушения ощущения и восприятия

#### Классификация расстройств ощущений и восприятий

I Гипестезии и анестезии

II Гиперестезии

III Парестезии, сенестопатии

IV Психосенсорные расстройства

1. Зрительные психосенсорные расстройства:

а) микропсии

б) макропсии

в) дисморфопсии

2. Интеро- и проприоцептивные расстройства:

нарушение схемы тела

V Иллюзии

1. По анализаторам: зрительные, слуховые обонятельные, вкусовые, тактильные, общего чувства (висцеральные и проприоцептивные).

2. По механизму возникновения:

1. Физические

2. Физиологические

3. Психические

VI Галлюцинации

1. По анализаторам: зрительные, слуховые обонятельные, вкусовые, тактильные, общего чувства (висцеральные и проприоцептивные).

2. По сложности: простые (фотопсии, акоазмы), сложные (имеющие содержание).

3. По полноте развития: полные (истинные) и неполные (ложные, псевдогаллюцинации, галлюциноиды).

4. По отношению к личности больного: нейтральные, комментирующие, императивные.

5. Особые виды галлюцинаций: гипнагогические, гипнапомпические, экстракампинные, рефлекторные, функциональные.

Гипестезия - снижение субъективной яркости и интенсивности ощущений и восприятий, проявляющееся в утрате ими чувственной живости, яркости, конкретности, вплоть до возникновения чувства их чуждости (входит в структуру синдрома деперсонализации и дереализации). Например, больной шизофренией мог смотреть на солнце открытыми глазами без очков.

Анестезия - выключение ощущений и восприятий за счет нарушений по ходу проекционной системы или поражения коркового ядра анализатора (оптическая, слуховая, тактильная и другие анестезии). Наблюдаются при истерии.

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

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

Сенестопатии - разнообразные, крайне неприятные, тягостные и необычные ощущения, исходящие из отдельных внутренних органов и различных областей тела, и не имеющие причин для их возникновения, определяемых современными методами. Это неопределенные ощущения в виде жжения, набухания, распирания, переливания,

перекручивания, боли в различных частях тела или в органах, в которых нет патологического процесса (воспаления, дегенерации и пр.). Сенестопатии могут быть локализованными или мигрирующими, единичными или множественными. При шизофрении характерны сенестопатии вычурные, "витиеватые" по характеру. Например: "чувство страха в области лба", - жалобы больного.

Метаморфозии (зрительные психосенсорные расстройства) - искаженное восприятие реально существующих предметов с сохранением понимания их значения и сущности, а также критического отношения больного к ним (дисморфозии - искажение формы предметов, макропсии - увеличение предметов, микропсии - уменьшение их размеров). Нарушаются пространственные отношения, изменяется чувство времени, оценка расстояния и пр. Психосенсорные интеро- и проприорецептивные расстройства - искажается или нарушается восприятие телесного "я", - проявляются в чувстве изменения пропорций и размеров тела, его частей. Обычно входят в структуру синдромов деперсонализации, нарушения схемы тела, дисморфофобии и ипохондрического. Примеры: "голова огромная", руки чрезмерно длинные, зубы шатаются.

Иллюзии - искаженное восприятие реально существующего предмета с изменением его содержания, значения.

По механизму возникновения иллюзии подразделяются на:

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

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

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

Галлюцинации – мнимое восприятие без реального раздражителя (образа, явления) в данное время. Например, больной утверждает, что он видит черта "кривляющегося, танцующего" перед ним и чрезмерно удивлен, что врач на черта не реагирует и говорит, что "его здесь нет".

Согласно фазно-тормозной теории Е.А.Попова патоморфологической основой галлюцинаций являются уравнительная и парадоксальная фазы неполного торможения.

Зрительные галлюцинации - мнимое восприятие зрительных образов без реального раздражителя (образа, явления) в данное время. Например, больной утверждает, что он видит змей, ползающих под кроватью. Как правило, зрительные галлюцинации отражают острые состояния, слуховые (вербальные) и тактильные - хронические. Зрительные галлюцинации более характерны для экзогенно-органической патологии.

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

Обонятельные галлюцинации - больной воспринимает запахи, которые отсутствуют в это время. Они могут быть приятными, но чаще неприятны, например, резкие запахи гари, бензина, "запах отходящих из кишечника газов". Резкие запахи наблюдаются при обонятельной ауре у эпилептиков.

Вкусовые галлюцинации выражаются в том, что больной воспринимает вкусовые раздражения, которых нет в данное время, часто это привкус яда, "отравы" (ртуть, стрихнина).

Тактильные галлюцинации - температурные, восприятие влаги на теле, в виде прикосновений, сжатия, поглаживания, щипков, поколачивания, растяжения кожи и др.

Висцеральные галлюцинации (сенестопатический галлюциноз) - воспринимается предмет или образ в каком-либо органе или части тела. Например, больной видел, как к нему в рот заползла змея и поселилась в пищеводе".

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

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

Истинные, полные галлюцинации - галлюцинации, обладающие всеми свойствами восприятия, а именно чувственной живостью, экстрапроекцией, отсутствием произвольной изменчивости, что создает чувство реальности. Например, больной видел ведьму. Он подробно, живо, ярко описывал подробности наружности "ведьмы", мертвенно бледный цвет тела, "когти", что послужило поводом считать этот образ ведьмой. Сидела она на расстоянии, кривлялась, пугала, а он ничего не мог поделать, ведьма была реальной, "настоящей". Этот больной испытывал полную, истинную галлюцинацию.

Неполные (псевдогаллюцинации) - галлюцинации, у которых отсутствует какое-либо из свойств восприятия. Если отсутствует экстрапроекция, то это псевдогаллюцинация, описанная В.Х.Кандинским и выражается в том, что больной слышит внутри головы голоса, звуки и пр., или видит "внутренним оком" "расположенных на извилинах мозга человечков", или др. образы. Эти псевдогаллюцинации теряют такое свойство восприятия, как чувство реальности и отличаются от реальных раздражителей.

По отношению к личности больного галлюцинации разделяются: нейтральными, комментирующими (враждебными, угрожающими, доброжелательными), императивными.

Особые виды галлюцинаций

✓ Гипногогические - галлюцинации, появляющиеся при переходе от бодрствования ко сну (при засыпании).

✓ Гипнопомпические - при пробуждении, т.е. при переходе от сна к бодрствованию.

✓ Экстракампинные - галлюцинации, располагающиеся вне поля зрения.

✓ Функциональные - галлюцинаторный раздражитель воспринимается наряду, параллельно с реальным. Пример: в шуме воды слышится и шум воды и "голоса". От иллюзий функциональные галлюцинации отличаются тем, что при иллюзиях вместо одного раздражителя воспринимается другой по содержанию (не шум воды, когда открывают кран, а шепотная речь), и при функциональных галлюцинациях, как сказано выше воспринимается и шум воды (реальный) и галлюцинаторная речь в ней.

✓ Рефлекторные галлюцинации – отраженные, когда реальный раздражитель (например, поворот ключа в замке) галлюцинаторно воспринимается в другом месте (поворот ключа в сердце).

✓ Внушенные галлюцинации – вызванные во время сеанса гипносуггестии.

✓ Отрицательные галлюцинации - отсутствие восприятия действительно существующих предметов.

✓ Галлюцинации типа Шарля Боне - у людей психически здоровых, потерявших зрение или слух, возникают зрительные или слуховые галлюцинации (с критической оценкой). Например: больная (ослепшая) видела, как "вдоль забора, выкрашенного зеленой краской идет белокурая девушка в красивом голубом платье".

✓ Явления фантома у ампутированных - галлюцинации здоровых (с критическим к ним отношением), когда человек воспринимает наличие ампутированной конечности, может ощущать боль в ней и пр.

Галлюцинации выявляют в беседе с больным, при расспросе, наблюдая за его поведением, мимикой и др. Возможно вызвать галлюцинации (если они исчезли) или вызвать их усиление (когда они имеются) у больных с алкогольным делирием с помощью легкого надавливания на глазные яблоки (симптом Липмана). Можно предъявить больному чистый лист бумаги и предложить прочитать там написанный текст (внушенные галлюцинации), при этом больной будет читать несуществующий галлюцинаторный текст (симптом Ригера и Рейхардта). Слуховые галлюцинации усиливаются или появляются при

остром и хроническом алкогольном галлюцинозе после предложения врача больному вслушаться в монотонный звук метронома, часов (симптом Бехтерева). Можно предложить больному поговорить по телефону, трубка которого разъединена с аппаратом - больной будет "слышать" голос, раздающийся в трубке (симптом Ашаффенбурга).

**Особенности детского и подросткового возраста:** Анестезии и гиперестезии впервые возникают в возрасте 5-7 лет, они нестойки, дети сообщают о них в редких заявлениях. Функциональные анестезии и гиперестезии наблюдаются преимущественно у девочек-подростков.

Синестопатии появляются в возрасте 6-7 лет, они имеют эпизодический, неразвернутый характер. У подростков синестопатии чаще всего бывают интерпретативными, вычурными, нередко предшествуют развитию бредовых мыслей.

Довольно часто у детей встречаются психосенсорные расстройства, они обычно возникают при острых инфекционно-токсических состояниях.

У детей нередко иллюзии. Этому способствует живость детского воображения, повышенная внушаемость и самовнушаемость. Иллюзии легко возникают у детей перед засыпанием после прочтенных сказок. Иллюзии у детей чаще бывают аффективными или парейдолическими. У подростков иллюзии часты и многообразны и нередко интерпретативны.

В возрасте 4-5 лет галлюцинации, как правило, не возникают, они редки и рудиментарны. У детей более старшего возраста (до 10 лет) чаще встречаются простые истинные зрительные и тактильные галлюцинации, реже – обонятельные и слуховые. Они отчетливы, имеют устрашающий характер, и неприятное содержание (звери, крысы, страшные люди). В отличие от взрослых, галлюцинации у детей сопровождаются яркими эмоциями, полностью овладевают вниманием, мимики, пантомимика, поведение ребенка обычно отражает содержание галлюцинаторных переживаний. Псевдогаллюцинации могут встретиться как довольно редкое явление лишь у подростков.

### **Нарушения памяти и внимания**

Память – это форма психического отражения действительности, с помощью которого закрепляются, сохраняются и воссоздаются ранее воспринятые сведения, знания, пережитые события.

Выделяют следующие процессы памяти: 1) фиксация – запоминание, усвоение информации; 2) ретенция – сохранение информации; 3) репродукция – воспроизведение информации из запасов памяти; 4) забывание – вытеснение информации, утратившей актуальность, в латентные пласты памяти или полное стирание ее следов.

Выделяют количественные и качественные нарушения памяти. К количественным относят усиление памяти (гипермнезия), ослабление памяти (гипомнезия) или полное отсутствие памяти на определенный период (амнезия). Качественные нарушения памяти (парамнезии) представлены криптомнезией, конфабуляцией и псевдореминисценцией.

Гипермнезия – усиление памяти, наблюдается чаще всего при маниакальных состояниях, иногда – при синдромах нарушенного сознания. Нередко гипермнезия сопровождается облегчением ассоциативного процесса. Чаще происходит усиления процесса репродукции. Так, люди, которые оказываются в ситуациях, угрожающих жизни, неожиданно для себя вспоминают давно забытые эпизоды детства. Фиксационная гипермнезия проявляется в основном усилением механической, а не логико-смысловой памяти.

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

ухудшается удержание информации в памяти, а потом уже отмечается нарастающая недостаточность запоминания. Для гипомнезии также характерно снижение сначала механической памяти и более продолжительная сохранность памяти смысловой, ассоциативной.

Амнезия – выпадение из памяти событий, которые состоялись в определенный период времени – встречается как после состояний нарушенного сознания, так и в связи с грубым органическим поражением головного мозга. В первом случае амнезия охватывает обычно более четко ограниченный отрезок времени.

Выделяют следующие виды амнезии:

Фиксационная амнезия – потеря способности к запоминанию, отсутствие памяти на текущие события. Фиксационная амнезия свидетельствует о грубых расстройствах памяти, она наблюдается при старческом слабоумии, при болезни Альцгеймера, а также при Корсаковском синдроме инфекционного, интоксикационного или травматического генеза.

Фиксационная амнезия легко выявляется в беседе. Больному называют имя и отчество собеседника, задают какой-нибудь посторонний вопрос и сразу же просят повторить имя и отчество, которое он только что услышал. Невозможность повторения указывает на наличие фиксационной амнезии. Больной также не может вспомнить содержание только что прочитанной книги, что он ел за завтраком, куда положил нужную вещь. Такие больные, придя в магазин, не могут вспомнить, что хотели купить. Нередко у таких больных отмечается и амнестическая дезориентировка – они не могут назвать число, месяц, год, город, в котором живут, не могут найти свою палату, кровать.

Репродукционная амнезия – невозможность воспроизведения необходимой в данный момент информации. Встречается при астенических состояниях, утомлении, волнении, церебральном атеросклерозе и др. Например, больные церебральным атеросклерозом в ответственной ситуации никак не могут вспомнить нужное имя, дату, термин, однако через некоторое время, когда необходимость в этом отпадает, эти сведения могут всплыть в памяти.

Ретроградная амнезия – исчезновение из памяти событий, которые предшествовали причине, вызвавшей амнезию (черепно-мозговой травме, инсульту, эпилептическому припадку, отравлению, самоповешению и др.) за несколько минут, дней и даже недель. Например, человек, который получил черепно-мозговую травму вследствие автомобильной катастрофы, нередко не помнит не только сам момент аварии, но и не может ничего сказать о других событиях того же дня, предшествовавших аварии, даже если после потери сознания он пришел в себя и внешне ведет себя правильно.

Антероградная амнезия характеризуется пробелами воспоминаний, относящихся к событиям, которые были и происходят уже после начала заболевания. Выраженность амнезии часто зависит от глубины расстройства. При глубоких расстройствах (сопор, кома) амнезия носит тотальный характер, тогда как после выхода из делирия наблюдается парциальная, фрагментарная амнезия.

При неблагоприятных экзогенных влияниях у одного и того же больного отмечается сочетание антероградной и ретроградной амнезии – в этих случаях говорят об антероретроградной амнезии. Ретроградная или антероретроградная амнезия является одним из признаков Корсаковского синдрома.

Прогрессирующая амнезия – потеря способности к запоминанию и постепенно нарастающее обеднение запасов памяти. Она является типичным симптомом старческого слабоумия. Динамика прогрессирующей амнезии соответствует закону Рибо – сначала из памяти исчезают недавно приобретенные знания, забываются события текущие или недавнего прошлого, воспоминания о событиях далекого прошлого сохраняются относительно долго. На этой стадии прогрессирующей амнезии нередко оживляются воспоминания о далеком прошлом больного – они живут переживаниями своего детства, юности, рассказывают об общении с давно умершими родственниками. Например,

больная, страдающая старческим слабоумием, называет адрес, по которому она вместе с родителями жила в детские годы, свою девичью фамилию, и не помнит фамилию по мужу, с которым прожила несколько десятков лет. Амнезия распространяется от нового к старому, от недавнего времени к давно минувшему.

Иногда амнезия возникает психогенно. При этом исчезают из памяти определенные, обычно тяжелые для больного, неприятные переживания. В таких случаях говорят об аффектогенной или кататимной амнезии.

Качественные нарушения воспоминаний (парамнезии) – изменение содержания воспоминаний.

Криптомнезия – извращение памяти, которое проявляется в исчезновении отличий между действительными событиями и событиями, увиденными в сне, услышанными или прочитанными больным. При криптомнезии нарушения могут быть как по типу присвоения, так и отчуждения воспоминаний. В первом случае чужие идеи, чужое творчество, когда-то воспринятые человеком, осознаются как свои, новые, оригинальные. Например, больной может рассказывать собеседнику историю, которую несколько минут назад сам от него услышал. В другом случае, больной может оценивать события, участником которых он был в действительности, как прочитанные или увиденные в кинофильме. К криптомнезии относится также воспроизведение чужих мыслей в качестве собственных, что иногда приводит к несознаваемому плагиату.

Конфабуляции – ошибочные воспоминания фантастического содержания, воспоминания о событиях, которых не было и не могло быть в жизни больного («галлюцинации памяти»). При конфабуляциях провалы в памяти заполняются вымыслом, «припоминается» то, чего на самом деле никогда не было. Например, больная, которая перенесла церебральный инсульт, рассказывает о том, что ее на минувшей неделе «запускали в космос» с горы, утверждает, что забыла там свои тапочки, вспоминает, что очень мерзла в полете. Конфабуляции обычно яркие, аморфные, нестойкие, они по своей фабуле могут быть похожими на реальность или иметь явно фантастическое содержание. Конфабуляции наблюдаются при органических заболеваниях головного мозга (сосудистые поражения центральной нервной системы, травматические, интоксикационные, инфекционные, например при сифилисе мозга) на фоне гипомнезии. Вместе с фиксационной, антеро- и ретроградной амнезией они входят в структуру Корсаковского синдрома.

Псевдореминисценции – ошибочные воспоминания о событиях, которых не было в данный период времени, но которые были или могли быть в прошлой жизни больного («иллюзии памяти»). В отличие от конфабуляций они являются более стабильными, повторно высказываются больным. При псевдореминисценциях искажаются воспоминания о времени или месте реальных событий. Например, больной, который на протяжении нескольких месяцев находится в психиатрической больнице, на вопрос, чем он занимался накануне, «вспоминает», что был дома, перечисляет дела, якобы сделанные ним.

Нарушения чувства знакомости. Среди симптомов нарушения памяти особую группу составляют нарушения чувства знакомости. При данных нарушениях расстройства памяти могут сочетаться с патологией восприятия, эмоций, сознания.

Выделяют симптом «уже виденного» (*deja vu*) и симптом «никогда не виденного» (*jamais vu*). Симптом «уже виденного» сводится к тому, что впервые в жизни увидев что-нибудь, человек чувствует, будто это уже происходило с ним когда-то раньше. Симптом «никогда не виденного» состоит в том, что что-то хорошо знакомое воспринимается как чужое, далекое, как будто увиденное впервые. Критика сохраняется, человек сознает факт нарушения.

Синдром Капгра (J.M.Capgras) оказывается нарушением узнавания людей. Выделяют синдром положительного двойника, при котором больной считает незнакомых ему людей своими хорошими знакомыми, и синдром отрицательного двойника, когда больной

не узнает своих родственников, знакомых, считает их подставными лицами, близнецами, двойниками близких ему людей. Разновидностью синдрома Капгра является **симптом Фреголи**, при котором больные считают, что их «преследователи» изменяют свою внешность, чтобы их никто не узнал.

Нарушения чувства знакомости обычно сопровождаются психосенсорными расстройствами и встречаются в структуре синдромов дереализации и деперсонализации. Эти нарушения чаще всего возникают у больных с энцефалитами, опухолью мозга, последствиями перенесенной черепно-мозговой травмы, при эпилепсии, шизофрении, маниакально-депрессивном психозе.

Оценить особенности памяти больного можно при помощи клинико-психопатологического метода: в ходе беседы врач проверяет его память на недавние и отдаленные события, задавая специальные вопросы. Необходимо проверить память на общеизвестные исторические события. Для оценки кратковременной памяти можно предложить больному запомнить и потом повторить фразу или короткий рассказ.

При оценке состояния памяти необходимо учитывать общее состояние больного, например, при депрессии больные могут жаловаться на ослабление памяти и демонстрировать ее снижение, связанное с сужением круга интересов и снижением концентрации внимания. В таком случае необходимо проводить дополнительное экспериментально-психологическое исследование памяти.

Некоторые пациенты отказываются от исследования памяти, боясь обнаружить ее расстройство. В таких случаях следует задавать вопросы относительно недавних событий, например, помнит ли больной, что происходило с ним в последнее время, что он сегодня ел за завтраком, приходили ли к нему родные, когда он виделся с врачом. И если больной не может вспомнить, о чем с ним разговаривал врач или кто к нему приходил, сделали ли ему инъекцию, сколько времени он находится в клинике, или в разное время дает различные ответы на одни и те же вопросы, то можно сделать вывод о патологии памяти.

#### Нарушения внимания:

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

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

Истощаемость внимания – когда больные вначале беседы адекватны, но быстро устают, и ответы становятся менее продуктивными. Характерно для астенических состояний.

**Особенности детского и подросткового возраста:** У детей преобладает произвольная, механическая, образная и эмоциональная память. В младшем школьном возрасте развивается смысловая память.

В подростковом возрасте развивается произвольная, логическая память, выделение существенного для запоминания, вырабатываются мнемонические приемы. Среди нарушений памяти при органических поражениях головного мозга детей нередко наблюдается фиксационная гипомнезия, а также репродукционная гипомнезия.

У детей после перенесенных травм и инфекций на фоне астении развивается синдром инфантильных расстройств памяти, когда затрудняется воспоминание пережитого. Дети не могут самостоятельно вспомнить содержание урока или фильма, но при подсказках и наводящих вопросах вспоминают необходимое.

### **Нарушения мышления и интеллекта**

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

Нарушения образования понятий проявляются в виде псевдопонятий, уплотнения

понятий, неологизмов.

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

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

Неологизмы – новые, необыкновенные понятия, создаваемые больным. Например: *жаляясь на свою судьбу, больная говорит: «это не жизнь, а афеиды и полтораниш».*

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

Нарушения темпа мышления проявляются в виде его ускорения («скачка идей»), замедления, задержки, остановки (шперрунг), ментизма.

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

При ускоренном мышлении нередко снижается рассудительность, чувства такта, смущения, больные могут сказать человеку в лицо то, что здоровый предпочтет утаить.

Замедленное мышление наблюдается при астенических состояниях, депрессивном синдроме, характеризуется уменьшением количества мыслей и сопровождается субъективным чувством затруднения мышления, ощущением своей интеллектуальной несостоятельности. Мысли текут медленно, больные жалуются, что у них «мало мыслей», возможно появление ощущения пустоты в голове. Речь замедленная, ответы на вопросы односложные, после длинной паузы.

Задержка мышления (шперрунг) проявляется внезапной остановкой течения мыслей. Наблюдается у больных шизофренией и легко выявляется в беседе. Больной неожиданно замолкает, а потом объясняет свое молчание тем, что у него была задержка мыслей, на некоторое время возникло чувство отсутствия мыслей. Шперрунг может длиться от нескольких секунд до нескольких дней. Иногда сопровождается признаками психического автоматизма, в этом случае отсутствие мыслей больной объясняет как их «отнятие». Шперрунг не влияет на скорость протекания ассоциативных процессов, после задержки мысли снова текут обычно.

Наплыв мыслей (ментизм) – тягостно переживаемый больным навязчивый автоматический поток мыслей, которые бессвязно возникают, непрерывно текут в сознании, независимо от желания больного. Ментизм входит в структуру синдрома психического автоматизма Кандинского–Клерамбо. Он наблюдается у больных шизофренией, энцефалитом, травматическими поражениями головного мозга, в состоянии крайней астении, при интоксикациях некоторыми лечебными средствами.

Нарушения формы мышления встречается в виде патологической обстоятельности, резонерства, разорванности (шизофазии), бессвязного, аморфного, паралогического мышления, аутистического мышления, символического мышления, вербигераций, персевераций, аффективного мышления.

Патологическая обстоятельность мышления (вязкое мышление) наблюдается при эпилептическом слабоумии, в отдаленном периоде эпидемического энцефалита, при других органических заболеваниях ЦНС. Расстройство характеризуется обстоятельностью, повышенной детализацией, неумением отделить главное от второстепенного, трудностью в переключении с одной темы на другую. В языке отмечается наличие слов-паразитов («понимаете», «так сказать», «значит» и т.д.). Характерны повторения, паузы, уменьшительные и ласковые слова. Больной отклоняется от основной темы рассказа, затем через некоторое время возвращается к ней и снова переходит к побочным деталям, мало реагирует на вопросы, какими собеседник перебивает его, даже если эти вопросы должны помочь ему.

Резонерство – пустые бесплодные рассуждения, лишенные познавательного содержания. Наблюдается при шизофрении, других заболеваниях. В резонерстве больной использует формальные, случайные ассоциации, при этом цель рассказа отодвигается на задний план, а на передний выдвигается стремление больного к рассуждению. Особенно ярко резонерство проявляется в тех случаях, когда выполнение задачи требует словесных определений, формулировок, сравнения понятий. В таких случаях можно наблюдать повышенную претенциозность, которая контрастирует с незначительностью объекта суждения, банальные соображения, патетичный тон языка, нередко на фоне повышенной самооценки и уровня притязаний.

При шизофрении резонерство проявляет актуализацию «слабых» признаков, нарушение ассоциативных процессов. У больных эпилепсией резонерство имеет компенсаторный характер, который отображает переоценку личности и проявляется поучительным тоном языка, шаблонными и бедными по смыслу суждениями, инертностью, трудностью в отвлечении от ситуации, узостью диапазона мышления при бедности словарного запаса. При олигофрении степени дебильности резонерство также носит компенсаторный характер, когда за многословием суждений прячется бедность содержания речи.

Паралогическое мышление наблюдается преимущественно при шизофрении и характеризуется нарушением логических связей в суждениях, умозаключениях, доказательствах, в причинно-следственных соотношениях. При этом нередко отмечается сохраненная память, способность к счету, понимание многих обычных явлений. При паралогическом мышлении больной может употреблять не подходящие по смыслу выражения, отсутствует критика относительно логических ошибок, они с трудом поддаются коррекции. При паралогическом мышлении больной игнорирует реальные верные предпосылки и доказательства, и заменяет их выводами, которые не имеют логической связи с исходными суждениями.

Соскальзывающее, аморфное мышление – отклонение от главной мысли на побочные, которые заменяют главную. Потеря логической связи может быть полной или частичной.

Разорванное мышление типично для шизофрении; оно проявляется отсутствием смысловой связи между понятиями при сохранении грамматического порядка речи. Речь больного лишена содержания, логической связи, хотя кажется внешне упорядоченной из-за сохранения грамматических связей. Лишь при резко выраженной разорванности нарушаются грамматические связи, и тогда речь состоит из беспорядочного набора слов («словесная крошка»). При разорванном мышлении встречается соскальзывание мысли, которое проявляется в переходах от одного представления к другому без естественных логических связей, возникают ассоциации по «слабому» или «латентному» признаку. Нередко речь больного не зависит от наличия собеседника (симптом монолога), она перестает выполнять функции общения, становится непонятной для окружающих.

Бессвязное мышление (инкогерентное) характеризуется неспособностью образования ассоциаций; отдельные восприятия, образы, понятия не связаны между собою. Отсутствуют любые, даже примитивные, механические ассоциации по сходству, по смежности во времени и пространстве. Больной дезориентирован во времени и месте, не

понимает, что происходит вокруг, растерян. Речь больных состоит из отдельных, случайных слов, не связанных ни по смыслу, ни грамматически, фразы построены неправильно.

Бесвязное мышление наблюдается при острых экзогенных психозах, которые сопровождаются нарушением сознания в виде аменции, которая свидетельствует о тяжелом состоянии больного.

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

Мышления символическое – больной придает разным понятиям аллегорическое значение, которое совсем не понятно другим людям, но для самого больного имеет определенное значение. Больной может символически понимать язык окружающих, значения цветов. Так, увидев санитарку в желтой кофте, заявил: «она – изменница, так как желтый цвет – цвет предательства».

Вербигерация – бессмысленное повторение одних и тех же слов, обрывков или фраз, или одновременное появление двух противоположных мыслей. Характерна для шизофрении.

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

Персеверации и стереотипии нередко сопровождают афазии у больных с послеинсультным или старческим слабоумием, отмечаются и при других органических поражениях головного мозга.

Аффективное мышление – больной выстраивает суждения и умозаключения не логически, а на преобладающих в данный момент эмоциях и желаниях.

Нарушения содержания мышления проявляются в виде навязчивых, доминирующих, сверхценных идей, бредаподобных фантазий, бредовых идей.

Навязчивые идеи – это представления и мысли, которые возникают произвольно, независимо от воли больного, не соответствуют содержанию сознания в данный момент, характеризуются критическим отношением к ним, пониманием их болезненного характера, а также активным стремлением от них избавиться. В отличие от бреда, при навязчивых идеях больные сохраняют критическое отношение к ним, идеи характеризуются эпизодичностью, приступообразным течением. Они встречаются при неврозе навязчивых состояний, при психастенической психопатии.

Доминирующие мысли – правильные мысли, связанные с реальностью, которые преобладают в сознании человека и иногда мешают ему сосредоточиться на текущей деятельности. Например, постоянные мысли во время работы о больном ребенке. Чаше наблюдается при депрессии.

Сверхценные идеи – суждения, возникающие в результате реальных обстоятельств, но занимающие непропорциональное их объективному значению преобладающее место в сознании благодаря ярко выраженной эмоциональной насыщенности. Сверхценные идеи бесплодные, мышление становится односторонним, все, что не связано со сверхценной установкой, противоречит ей, игнорируется, подавляется.

В отличие от бреда, сверхценные идеи хотя и тяжело, но поддаются коррекции под влиянием весомых логических доводов и изменения жизненных обстоятельств, которые приводят к потере их аффективной насыщенности и актуальной значимости. Наблюдаются при психопатиях, шизофрении, аффективных психозах.

Бредаподобные фантазии – относительно кратковременные, наиболее характерные для подростков-психопатов, которые хотят выступить перед ровесниками в роли героя, незаурядной личности, для чего преувеличивают факты, составляют небылицы и сами в них верят.

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

Бредовые идеи – это возникающие на болезненной основе неправильные суждения и умозаключения, которые целиком овладевают сознанием больного и не поддаются коррекции. Они искаженно отображают действительность, отличаются постоянством и стойкостью, попытки убедить больного, доказать ему неправильность его бредовых построений, как правило, приводят лишь к усилению бреда. Характерна убежденность, уверенность больного в полной реальности, достоверности бредовых переживаний.

Развитие бреда связано с определенной динамикой состояния больного. Сначала это эмоциональные нарушения в виде внутренней напряженности, неясного беспокойства, предчувствия неотвратимого бедствия, нарастающей тревоги. Больной старается понять, что происходит, почему окружающее приобрело новое, не понятное ему содержание, нередко возникает бредовое восприятие: все вокруг кажется нереальным, искусственным или угрожающим, зловещим, имеющим особое, скрытое от больного значения. Бредовое восприятие непосредственно связано с формированием бредового представления, на основе которого особенно выделяются некоторые события минувшей жизни больного в их новом значении. В конце концов, возникает бредовое осознание – своеобразное озарение с осознанием сути прежде не понятных явлений, бредовые суждения получают конкретное содержание, которое сопровождается субъективным ощущением облегчения, эмоциональным успокоением – происходит кристаллизация бреда.

Основу первичного бреда составляет ошибочная интерпретация (толкование) реальных фактов внешнего мира или внутренних ощущений и переживаний. Больные неожиданным образом истолковывают поведение окружающих, их высказывания. То же происходит и относительно неодушевленных предметов. Это бред систематизированный, стойкий, расширяющийся и усложняющийся.

Вторичный бред – чувственный (образный) – возникает при наличии других психических расстройств: галлюцинаций, нарушения эмоций, сознания. Его интенсивность отвечает интенсивности этих психических нарушений. Чувственный бред чаще всего возникает остро, обычно несистематизированный, фабула его яркая, но нестойкая.

В зависимости от содержания выделяют бред преследования, воздействия, отношения, ревности, самообвинения и самоунижения, величия и т.д. В этих названиях отражается содержание бредовых переживаний.

Бред величия проявляется в утверждениях больных, что они имеют незаурядный ум и большую силу. При бреде богатства больной утверждает, что он владеет огромными сокровищами. Разные клинические виды бреда не являются специфическими для какого-либо определенного психического заболевания. Так, бред величия, особого происхождения и богатства может наблюдаться в маниакальной фазе маниакально-депрессивного психоза, при экспансивной форме прогрессивного паралича, парафренных состояниях различного генеза. В рамках каждой нозологической формы бред имеет свои клинические особенности. При маниакальном синдроме идеи величия зависят от аффективного состояния и не достигают значительной выраженности, при прогрессивном параличе бредовые идеи бессмысленные, аморфные, нестойкие, в структуре парафренного синдрома бредовые идеи носят систематизированный характер.

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

При эротическом бреде больной усматривает заинтересованность в нем отдельных лиц противоположного пола. Объект бредовых переживаний обычно поддается действительному преследованию со стороны больного, который посылает многочисленные любовные письма, назначает встречи. Нередко при этом отмечается

болезненная переоценка больным собственной личности. Это бред чаще встречается при шизофрении.

Бредовые идеи, характеризующиеся отрицательной эмоциональной окраской, типичны для депрессивных состояний. Это идеи самообвинения, греховности, обнищания, физического ущерба, ипохондрические. Бред самообвинения, самоуничижения и греховности наблюдается при выраженной циркулярной депрессии. При инволюционной меланхолии наблюдаются идеи самообвинения, обнищания на фоне тревожно-меланхолического аффекта.

Идеи отношения проявляются в том, что любое событие или поступок окружающих приобретает в глазах больного особое значение. Красный свет светофора означает, что прольется кровь. Достаточно больному зайти в трамвай, все начинают переглядываться.

При бредовых идеях преследования больной заявляет, что он стал объектом преследования отдельными лицами или группой людей, которые объединились с целью убить его. Следует помнить, что такие больные представляют определенную социальную опасность, так как нередко они из преследуемых становятся преследователями и наносят тяжкие повреждения своим мнимым обидчикам (персекуторный бред).

При бреде воздействия больные убеждены в том, что они подвергаются воздействию с помощью разных аппаратов, излучения (бред физического влияния) или гипноза, телепатического внушения на расстоянии (бред психического влияния). Больные с идеями отравления утверждают, что им в пищу подсыпают яд, в квартиру впускают смертоносный газ и т.п.

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

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

Индукцированный бред возникает у психически здорового человека как результат заимствования бредовых идей психически больного, с которым сталкивается субъект, который поддается индукции. Наиболее часто он развивается у лиц с невысоким интеллектуальным уровнем, с повышенной внушаемостью, не способных самостоятельно правильно критически осмыслить ситуацию. В этих случаях индукцированный человек начинает высказывать те же бредовые идеи и в той же форме, как это делает психически больной. Обычно это лица из окружения больного, которые особенно близко с ним общаются, связаны семейно-родственными отношениями. Оказывают содействие появлению индукцированного бреда глубокая убежденность больного в правдивости своих мыслей, а также авторитет, которым он пользовался до болезни.

Больные с бредом инсценировки, интерметаморфозы утверждают, что все вокруг специально подстроено, разыгрываются сцены какого-либо спектакля из их жизни, ведется эксперимент, двойная игра, все непрерывно изменяет свое содержание: это не больница с медицинским персоналом и больными, а какое-то следственное учреждение; врач – не врач, а следователь, история болезни – заведенное на него дело, больные и медицинский персонал – переодетые сотрудники органов безопасности.

При бреде ущерба больные считают, что недоброжелатели наносят им материальный или моральный ущерб, обкрадывают, портят вещи, позорят, ущемляют в правах. Обычно проявляется в рамках бреда преследования.

Сутяжный, кверулянтский бред. Убежденные в невнимательном, несправедливом или недоброжелательном к ним отношении больные конфликтуют, тратят много сил, времени,

а иногда и все свои материальные средства на изобличение, жалуются в разные инстанции, включая в бред все новых и новых лиц; тематика бреда черпается из реальной ситуации: конфликты с соседями, столкновения с членами семьи, сослуживцами.

В старческом возрасте при депрессивном бреде с ипохондрической тематикой высказывания легко принимают гротескный, мегаломанический характер. При этом бред становится по своему содержанию нигилистическим. Например, сначала больной упорно утверждает, что у него нераспознанное тяжелое заболевание желудка, от которого он умирает; позднее появляются высказывания, что желудка нет, он сгнил, на месте желудка пустота; затем больной может почувствовать, что нет и его самого, он – живой труп, заживо разложился; еще позднее – нет ничего: ни мира, ни жизни, ни смерти (синдром Котара).

Интеллект – это система всех познавательных способностей индивида, способность к познанию и решению проблем, которая определяет успешность любой деятельности.

Расстройства интеллекта.

Слабоумие – стойкое снижение уровня интеллекта. Различают два вида слабоумия – врожденное (олигофрения) и приобретенное (деменция).

Диагностику расстройств мышления и интеллекта проводят путем беседы, наблюдения за больным, а также используя экспериментально-психологические методики (обобщение понятий, исключение понятий, сравнение, классификация, объяснение переносного смысла пословиц и поговорок, ассоциативный эксперимент, объяснение сюжетных картин, определение последовательности событий, определение коэффициента интеллекта по методике Векслера).

**Особенности детского и подросткового возраста:** У детей нередко нарушается темп мышления, чаще в виде ускорения. Бред у детей развивается редко, обычно несистематизированный. Содержание бреда у детей простое и конкретное, бред нестойкий и рудиментарен.

Навязчивые мысли у детей менее, чем у взрослых, сопровождаются сомнениями, борьбой, дети относятся к ним недостаточно критично. У подростков часто развиваются бредоподобные фантазии, сверхценные идеи изобретательства и дисморфофобические идеи (мысли о мнимом физическом недостатке, неприятном для окружающих).

### **Нарушения эмоциональной сферы**

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

Классификация нарушений эмоций и чувств.

1. Нарушение силы эмоций
  - 1) Патологическое усиление:
    - а) гипертимия
    - б) эйфория
    - в) мория
    - г) гипотимия
    - д) депрессия
    - е) тревога
    - ж) гневливость
  - 2) Патологическое ослабление :
    - а) паралич эмоций
    - б) апатия
    - в) эмоциональное уплощение
    - г) эмоциональная тупость.
2. Нарушение подвижности эмоций:

- 1) слабодушие (недержание эмоций)
- 2) лабильность
- 3) инертность (застреваемость) эмоциональных переживаний.
- 4) эксплозивность
3. Нарушение адекватности эмоций:
  - 1) неадекватность
  - 2) амбивалентность
  - 3) фобии
  - 4) дисфории
  - 5) дистимии
  - 6) патологический аффект.

Гипертимия – веселое, радостное настроение, сопровождающееся приливом бодрости, прекрасным физическим самочувствием, легкостью в решении проблем. Сопровождается живой, быстро меняющейся мимикой, отражающей картину быстро появляющихся и исчезающих эмоций. Проявление мимических реакций часто утрировано, чрезмерно бурно и ярко. Выразительные действия усилены, ускорены, быстро меняются, достигая в ряде случаев маниакального возбуждения.

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

Мория - характерно сочетание подъема настроения с расторможенностью влечения, дурашливостью, плоскими нелепыми шутками, иногда на фоне обнубиляции сознания. Наблюдается чаще при поражении лобных долей мозга.

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

Депрессия - патологически подавленное, меланхолическое, тоскливое настроение, глубокая печаль, уныние. Нередко сопровождается различными физическими тягостными ощущениями, чувством стеснения тяжестью в области сердца (предсердечная тоска). Наблюдается при депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза, пресенильном психозе, реактивных психозах, шизофрении. В ряде случаев больные утрачивают чувства, становятся безразличными к людям и событиям, которые раньше вызывали у них выраженные эмоции. Такое отсутствие привычных эмоций вызывает мучительное чувство опустошенности, тяжело переживается больными, вызывает у них подавленное настроение (болезненная анестезия психики). Болезненная анестезия наблюдается при маниакально-депрессивном психозе, инволюционной депрессии, циркулярной форме шизофрении. Иногда мучительное чувство безысходной тоски сопровождается возбуждением (ажитированная депрессия или меланхолический врыв).

В последние годы нередко врачи обнаруживают у больных так называемые «скрытые», «маскированные» депрессии, при которых эмоциональный компонент депрессивного синдрома выражен незначительно, а преобладают сомато-вегетативные нарушения. «Маски депрессии» могут иметь различные клинические формы:

1. «Маски» в форме психопатологических расстройств: тревожно-фобические (генерализованное тревожное расстройство, тревожные сомнения, панические атаки, агорафобия), обсессивно-компульсивные (навязчивости), ипохондрические, неврастенические.
2. «Маски» в форме нарушения биологического ритма: бессонница, гиперсомния.

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

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

5. «Маски» в форме патохарактерологических расстройств: расстройства влечений (дипсомания, наркомания, токсикомания), антисоциальное поведение (импульсивность, конфликтность, вспышки агрессии), истерические реакции.

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

1. Субъективно неприятные переживания наиболее выражены утром.

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

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

4. Периодичность расстройств, спонтанность их возникновения и исчезновения.

5. Сезонность – чаще весной и осенью.

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

7. Отсутствие эффекта от соматической терапии.

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

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

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

Гневливость – высшая степень раздражительности, злобности, недовольства окружающими со склонностью к агрессии, разрушительным действиям. Входит в структуру дисфории, сумеречных состояний сознания, психоорганического синдрома.

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

Эмоциональное уплощение – утрата тонких дифференцированных эмоциональных реакций: исчезает деликатность, способность сопереживать. Больные становятся назойливыми, бесцеремонными. Наблюдается при алкоголизме, наркоманиях.

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

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

Лабильность эмоций – легкая смена эмоций, быстрый переход от одной эмоции к

другой, сочетается со значительной выраженностью эмоциональных реакций. Обычно наблюдается при истерической психопатии.

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

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

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

Неадекватность эмоций - несоответствие эмоциональных реакций внешним ситуациям, их вызвавшим, или высказываниям самого больного. Чаще всего наблюдается при шизофрении.

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

Фобии – навязчивые страхи, характеризующиеся критическим отношением больного к ним, стремлением от них избавиться (например: навязчивый страх высоты, открытого пространства, страх заражения и пр.). Чаще наблюдается при прочих навязчивых состояниях (мысли, влечения, действия) у больного неврозом навязчивости, иногда в начальных стадиях атеросклероза, при шизофрении.

Разновидности навязчивых страхов (фобий):

- ✓ Агорафобия – навязчивая боязнь площадей, широких улиц.
- ✓ Аэрофобия – навязчивый страх движущегося воздуха.
- ✓ Акарофобия – навязчивый страх заболеть чесоткой.
- ✓ Алгофобия – навязчивый страх боли.
- ✓ Астрофобия – навязчивый страх грома, молнии.
- ✓ Вертигофобия – навязчивый страх головокружения.
- ✓ Вомитофобия – навязчивый страх рвоты.
- ✓ Гематофобия – навязчивый страх крови.
- ✓ Гидрофобия – навязчивый страх воды.
- ✓ Гинекофобия – навязчивый страх женщин.
- ✓ Клаустрофобия - навязчивый страх тесноты, маленьких помещений.
- ✓ Никтофобия – навязчивый страх темноты.
- ✓ Нозофобия – навязчивая боязнь болезни.
- ✓ Канцерофобия – навязчивый страх заболеть раковой опухолью.
- ✓ Сифилофобия – навязчивый страх заболеть сифилисом.
- ✓ Спидофобия – навязчивый страх заболеть СПИДом.
- ✓ Радиофобия – навязчивый страх заболеть болезнью, связанной с воздействием радиации.
- ✓ Оксифобия – навязчивая боязнь острых предметов.
- ✓ Октофобия – навязчивый страх пищи.
- ✓ Танатофобия – навязчивый страх смерти.
- ✓ Фобофобия – навязчивый страх страха.

Дистимия – это кратковременное (в течении нескольких часов или дней) расстройство

настроения в виде депрессивно-тревожного с гневливостью, недовольством, раздражительностью.

Дисфория – внезапно возникающее, немотивированное расстройство эмоций, характеризующееся напряженным тоскливо-злым настроением с выраженной раздражительностью и склонностью к аффектам гнева с агрессией. Наиболее часто отмечается при эпилепсии, наблюдается также при органических заболеваниях нервной системы и при психопатии возбудимого типа.

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

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

Гипермимия – проявление мимических реакций утрировано, бурно и ярко. Выразительные движения усилены, ускорены, быстро меняются.

Амимия, гипомимия – обеднение мимики, застывшее выражение лица. Выразительные движения замедлены.

Парамимия – неадекватность мимики и выразительных действий ситуации. В одних случаях это проявляется улыбкой на похоронах, слезами и гримасами, плачем при торжественных и приятных событиях. В других случаях мимические реакции не соответствуют каким-либо переживаниям – это различные гримасы. Например, больной зажмуривает глаза и открывает рот, морщит лоб, надувает щеки и т.д.

**Особенности детского и подросткового возраста:** При маниакальном синдроме на первый план выступает состояние двигательной расторможенности, возбуждения, которому сопутствует не радостное настроение, а раздражительность, гневливость, иногда агрессивность.

### **Нарушения эффекторно-волевой сферы**

Известно, что эффекторно-волевая сфера - сложная психическая функция, которая осуществляет целенаправленную деятельность человека соответственно определенным мотивам, обусловленными внутренними потребностями и требованиями окружающей среды. Она состоит из двух основных компонентов: а) эффекторного или двигательного (простые и сложные движения, действия и поступки) и б) волевого (способность к сознательному и целенаправленному регулированию человеком своей деятельности и поступков).

#### Расстройства эффекторно-волевой сферы:

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

Классификация эффекторно-волевых расстройств

#### I. Расстройства влечений

##### 1. Расстройства пищевых влечений:

- а) усиление (булимия, полифагия)
- б) ослабление (анорексия)
- в) полидипсия
- г) извращение - парорексия (копрофагия и др.)

## 2. Расстройства инстинкта самосохранения:

- а) усиление (активно-оборонительная форма – агрессивность и т.п., пассивно-оборонительная – “мнимая смерть” и т.п.)
- б) ослабление (суицидальные поступки)
- в) извращения (самоистязание).

## 3. Расстройства половых влечений:

- а) усиление (гиперсексуальность – сатириазис, нимфомания)
- б) ослабление (гипосексуальность, фригидность)
- в) звращение (нарциссизм, эксгибиционизм, вуайеризм, транссексуализм, трансвестизм, онанизм, фетишизм, садизм, мазохизм, педофилия, геронтофилия, гомосексуализм и др.)

## 4. Навязчивые действия

## 5. Насильственные действия

## 6. Импульсивные действия

## II. Расстройства волевых побуждений

### 1. Гипербулия

### 2. Гипобулия

### 3. Абулия

### 4. Парабулии

### 5. Амбитендентность

## III. Нарушения внимания

### 1. Отвлекаемость

### 2. Прикованность

### 3. Истощаемость

## IV. Психомоторные расстройства

### 1. симптомы с затруднением двигательной активности:

#### а) каталепсия;

#### б) симптом капюшона;

#### в) пассивно-подчиняемое состояние;

#### г) негативизм;

#### д) мутизм

#### е) специфические расстройства развития школьных навыков (дислексия, дисграфия, дискалькулия, акалькулия, диспраксия)

### 2. симптомы с возбуждением и неадекватностью двигательной активности:

#### а) гиперкинетические расстройства

#### б) импульсивность

#### в) стереотипии

#### г) эхопраксия

#### д) вербигерация

#### е) миморечь

## V. Синдромы двигательных расстройств

### 1. Ступор

#### а) кататонический

#### б) депрессивный

#### в) апатический

#### г) психогенный

### 2. Возбуждение

#### а) кататоническое

#### б) маниакальное

#### в) гебефреническое

#### г) галлюцинаторно-бредовое

#### д) при расстройствах сознания

### 3. Кататонический синдром

4. Гебефренический синдром
5. Апатико-абулический синдром

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

Анорексия – болезненное угнетение пищевого инстинкта (влечения), выражающееся в отсутствии аппетита или отвращении к пище. Может иметь психогенное происхождение (психогенная анорексия). Следует дифференцировать с отказом от пищи из-за галлюцинаций или по бредовым мотивам. Анорексия наблюдается при депрессивных, тяжелых астенических состояниях и при ряде эндокринных расстройств. При анорексии приходится прибегать к искусственному кормлению больных. Если отсутствие аппетита сочетается с апатией и абулией, можно покормить больного, сядя рядом с ним, или назначить медикаменты, повышающие аппетит. При кататоническом ступоре можно использовать симптом активного негативизма у больного, забирая у него тарелку с едой. В ряде случаев применяют искусственное кормление через зонд, вводимый в желудок через нос (чтобы избежать прикуса зубами). Манипуляция искусственного кормления должна проводиться с осторожностью, чтобы избежать асфиксии пищей.

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

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

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

Ослабление инстинкта самосохранения – проявляется в снижении интереса, безразличии к своей жизни и суицидных поступках (особенно при сочетании с депрессивным аффектом).

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

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

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

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

Навязчивые действия и влечения – внезапно появляющиеся влечения и действия, чуждые содержанию сознания в данный момент, с критическим отношением к ним и стремлением от них избавиться. Часто имеют контрастный характер, то есть проявляются в стремлении осуществить то, что в данный момент недопустимо. Отмечаются при

неврозе навязчивых состояний, церебральном атеросклерозе, шизофрении.

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

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

- а) дромомания – периодически возникающее стремление к перемене мест, к бродяжничеству;
- б) kleптомания – периодическое влечение к немотивированному воровству, хищению;
- в) пиромания – неотвратимое стремление к поджогам;
- г) гемблинг - патологическая склонность к азартным играм;
- д) трихотилломания – патологическое стремление к вырыванию собственных волос;
- е) дипсомания – неудержимое влечение к спиртным напиткам.
- ж) наркомания – неудержимое влечение к наркотикам.

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

Амбигендентность – двойкая, противоречивая реакция на один раздражитель, двойственность желаний, поступков, действий, движений.

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

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

Каталепсия – повышение мышечного тонуса, создающее способность длительное время сохранять приданную позу.

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

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

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

Мутизм – отсутствие речи при сохранности речевого аппарата.

Дислексия – трудности в узнавании слов и понимании написанной речи.

Дисграфия – изолированное расстройство правописания. В письменной речи много грамматических и стилистических ошибок, много зачеркиваний и переписываний текста.

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

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

Гиперкинетические расстройства

- 1) нарушение внимания (не в состоянии выполнять любое задание без ошибок, довести начатую работу до конца, организовать свою работу, выслушать замечания старших, избегают работу, требующую усидчивости);
- 2) гиперреактивность (машут руками, ногами, часто вертятся на сидениях, подолгу не могут оставаться на одном месте, бегают, шумят, не реагируют на замечания);
- 3) импульсивность – проявляется в нарушении дисциплины, т.к. ребенок не в состоянии предвидеть последствия своих поступков. Дети часто агрессивны. Отвечают на вопрос не

дослушав его, не могут дождаться своей очереди в играх, вмешиваются в разговор или игру других детей, излишне многословны, непослушны.

**Общее психомоторное возбуждение** – состояние патологического двигательного возбуждения, сопровождающееся расстройствами мышления, эмоций и других психических функций.

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

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

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

Психомоторное возбуждение при состояниях нарушенного сознания – состояния повышенной двигательной активности, имеющей характер: 1) сложных автоматических и инстинктивных движений (при трансе и сомнамбулизме), 2) сложных действий и поступков, определяемых галлюцинаторными и бредовыми переживаниями (при делириозных и других синдромах), 3) хаотического подкоркового возбуждения (при глубоком помрачении сознания).

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

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

Кататонический ступор – полная или частичная обездвиженность, сопровождающаяся пассивным или активным негативизмом, мутизмом. В некоторых случаях больные сохраняют приданную позу (восковая гибкость, каталепсия), длительно удерживают голову над подушкой («воздушная подушка»). Входит в структуру кататонического синдрома, чаще встречается при шизофрении.

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

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

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

**Особенности детского и подросткового возраста:** Ступор у подростков бывает крайне редко, отмечается непродолжительный и рудиментарный. В детском возрасте депрессивный и кататонический ступор обычно не возникает.

### **Нарушения сознания и самосознания**

Аффективно-суженное сознание – кратковременная, стремительная, бурная реакция, которая сопровождается резкими изменениями психической деятельности, сужением объема сознания, выраженными вегетативными и двигательными проявлениями. Это сильные и кратковременные переживания в виде гнева, злости, ужаса, восторга, отчаяния без потери самоконтроля, это чрезвычайная реакция на исключительные обстоятельства. Аффективные действия отличаются признаками стереотипии, импульсивности, резко

снижается интеллектуальный и волевой контроль поведения, нарушается способность к прогнозу возможных следствий своих действий.

В судебно-психиатрической практике человек, который при осуществлении противоправного поступка находился в состоянии физиологического аффекта, считается вменяемым и несет ответственность за содеянное.

В повседневной жизни состояние аффективно-суженного сознания встречается довольно часто. Особенно это может проявиться в ситуации паники, когда во время пожара люди выбрасываются из окна высотного горящего дома, стараясь спастись, но при этом обрекают себя на неминуемую гибель. Во время кораблекрушения, при возможности спуститься в шлюпку, люди прыгают в воду, не умея плавать. Подобные ситуации могут встречаться в практической деятельности любого врача, когда родственникам сообщают о тяжелой болезни или гибели близкого им человека, особенно ребенка. При этом родственники могут кричать, безосновательно обвинять врача, требовать его наказания.

Для определения состояний нарушенного сознания чаще всего используют набор критериев, предложенных немецким психиатром К. Ясперсом: 1) отрешенность от реального внешнего мира, которая выражается в том, что больные отрывисто, фрагментарно, нечетко воспринимают действительность; 2) нарушение ориентировки во времени, месте, ситуации, реже в собственной личности; 3) нарушение стройности мышления, вплоть до бессвязности; 4) амнезия - нарушение способности запоминать события, которые происходят в момент нарушения сознания.

О нарушении сознания свидетельствует только одновременное наличие всех перечисленных признаков, а не какого-нибудь одного из них. Очень важна для диагностики состояний нарушенного сознания также специфическая динамика данных расстройств: все состояния нарушенного сознания - это острые преходящие расстройства.

В клинической практике расстройства сознания принято делить на непродуктивные (нарушения ясности сознания без психотических симптомов) и продуктивные (психотические) формы.

#### Непродуктивные формы (снижение уровня сознания без психотических симптомов)

Оглушенность проявляется повышением порога восприятия всех анализаторов, замедлением мышления. Больные реагируют только на сильные раздражители (громкую речь, боль), скорость реакции замедлена, понимают только простые инструкции. Ориентировка во времени и месте затруднена: пациенты не могут правильно назвать больницу, в которую их привезли, неточно определяют время, однако общее понимание ситуации не нарушено: понимают, что их окружают врачи, что они находятся в медицинском учреждении. Воспоминания о периоде оглушения крайне фрагментарные, хотя полной амнезии обычно не наблюдается.

Сопор – глубокое расстройство сознания с полным прекращением психической деятельности. Хотя пациенты создают впечатления глубоко спящих, разбудить их не удается. Вместе с тем сохраняются простейшие реакции на наиболее сильные стимулы и безусловные рефлексы. Так, пациенты могут реагировать стоном в ответ на боль; тянуть на себя одеяло, чувствуя холод; открыть на короткое время глаза, если врач громко произнесет их имя. При этом никакого контакта с больными установить не удастся: они не слышат и не выполняют инструкций, не могут знаком или движением выразить отношение к сказанному. После выхода из сопора всегда наблюдается полная амнезия.

Кома – наиболее тяжелая степень выключения сознания, при которой не только отсутствует контакт с больным, но и исчезают реакции на сильные раздражители, а также затухают безусловные рефлексы.

Причинами возникновения оглушенности, сопора и комы бывают различные экзогенные и соматогенные органические поражения мозга (интоксикации, инфекции, травмы, гипоксия и гипогликемия, нарушения водно-солевого баланса, повышение внутричерепного давления вследствие растущей опухоли или гематомы др.).

Последовательный переход от легких форм оглушения к коме происходит при утяжелении состояния, что требует проведения реанимационных мероприятий.

Продуктивные формы (синдромы помрачения сознания – психотические формы).

Синдромы помрачения сознания обычно сопровождаются психомоторным возбуждением и яркой продуктивной симптоматикой. К данным синдромам относят делирий, онейроид, аменцию и сумеречное помрачение сознания.

Делириозный синдром (от лат. delirium – сумасшествие) — помрачение сознания с преобладанием устрашающих истинных зрительных галлюцинаций, психических иллюзий, бредовых идей отражающих содержание галлюцинаций, двигательного возбуждения. Больные испытывают сильный страх, нарастающее чувство тревоги. Ориентировка в окружающем нарушена, самосознание, как правило, сохранено. Характерна суточная динамика состояния с ухудшением в вечерние и ночные часы. Воспоминания о пережитом во время делириозного синдрома у больного носят фрагментарный характер.

Аментивный синдром — глубокое помрачение сознания с бессвязностью мышления, полной недоступностью контакта, полной дезориентировкой, единичными галлюцинациями, хаотичным возбуждением в пределах постели и признаками резкого физического истощения. Тяжесть физического состояния определяет возможность летального исхода. Если удается спасти жизнь больного, нередко формируется выраженный органический дефект (деменция, Корсаковский синдром).

Онейроидный синдром - помрачение сознания с полной дезориентировкой в окружающем, отрешенностью от внешнего мира, яркими галлюцинациями фантастического содержания, напоминающими виртуальную реальность в которой больные мысленно «принимают участие», однако имеют возможность как бы наблюдать за собою со стороны. Двигательного возбуждения, как правило, не наблюдается. По выходу из болезненного состояния реальность амнезируется, однако частично сохраняются яркие воспоминания о своих переживаниях.

Сумеречное помрачение сознания. Характерны внезапное начало, относительно короткая длительность (от десятков минут до нескольких часов), резкое (иногда внезапное) прекращение и полная амнезия всего периода нарушенного сознания. Больные полностью дезориентированы в себе и окружающем. Восприятие окружающего в момент помрачения сознания фрагментарно, больные выхватывают из окружающих раздражителей случайные факты и реагируют на них неожиданным образом. По выходе из болезненного состояния – полная амнезия.

Выделяют следующие варианты сумеречного помрачения сознания:

1. С яркой продуктивной симптоматикой в виде бреда и галлюцинаций с резким психомоторным возбуждением, грубой агрессией, злостным аффектом, однако больные не в состоянии подробно описать свои переживания, поскольку контакт с ними в момент психоза крайне затруднен.
2. С автоматизированными действиями (амбулаторные автоматизмы) - проявляются короткими периодами помрачения сознания без резкого возбуждения с возможностью совершать простые автоматизированные действия.

Синдром астенической спутанности сознания.- это мерцающая ясность сознания, при которой в момент прояснения с человеком можно установить адекватный продуктивный контакт. Но в процессе общения больные крайне быстро начинают проявлять признаки истощения внимания, и через 5-10 минут после начала беседы полностью теряется ориентация в окружающем и в собственной личности, мышления и речь становятся несвязными.

**Особенности детского и подросткового возраста:** Для подростков наиболее характерен делириозный синдром, реже – аментивный. В этом возрасте впервые возникает рудиментарные, неразвернутые онейроидные состояния.

У детей на фоне лихорадочных состояний часто развивается делирий, онейроид в этом возрасте обычно не наблюдается. Сумеречные состояния сознания в детском возрасте при эпилепсии непродолжительные, неразвернутые, сопровождаются двигательными и вегетативными расстройствами.

В состояниях нарушенного сознания в детском и раннем подростковом возрасте преобладают иллюзии и галлюцинации воображения, фабула болезненных переживаний соответствует содержанию тех переживаний ребенка, которые предшествовали болезни. У подростков, редко возникают явления аутопсихической деперсонализации, а более типичны симптомы дереализации и сомато-психической деперсонализации.

Для детей деперсонализационные расстройства не характерны.

### **Психопатологические синдромы**

В практической работе врача большое значение имеет умение правильно определить ведущий синдром, что дает возможность определить круг заболеваний, между которыми необходимо проводить дифференциацию и устанавливать окончательный диагноз.

#### Классификация психопатологических синдромов.

##### I. Непсихотические пограничные синдромы:

1. Астенический
2. Депрессивный (непсихотический вариант)
3. Неврастенический
4. Навязчивостей
5. Диссоциативный
5. Дистимический
6. Психопатические и психопатоподобные.

##### II. Психотические синдромы:

1. Синдромы помрачения сознания:
  - ✓ астенической спутанности;
  - ✓ синдром растерянности;
  - ✓ делириозный;
  - ✓ аментивный;
  - ✓ онейроидный;
  - ✓ сумеречного состояния сознания.
2. Депрессивный (психотический вариант);
3. Синдром галлюциноза;
4. Маниакальный;
5. Параноидный
  - ✓ Кандинского-Клерамбо
  - ✓ Дистимический
  - ✓ Катара
6. Паранойальный;
7. Парафренный;
8. Гебефренический;
9. Кататонический.

##### III. Дефектно-органические синдромы:

1. Апатико-абулический.
2. Психоорганический (эксплозивный, апатический, эйфорический, астенический варианты);
3. Корсаковский амнестический;
4. Интеллектуального недоразвития
4. Деменции

Непсихотические (пограничные) синдромы: характеризуются нарушениями, в основном в

эмоциональной и волевой сферах, при этом постоянным является патологическое усиление тревоги. Больные критически оценивают свое состояние.

**Астенический синдром** (греч. а-отсутствие, steno- сила) проявляется выраженной физической и психической утомляемостью, возникающей уже после незначительных нагрузок. Больным трудно сосредоточиться и поэтому они плохо запоминают. Появляется эмоциональная несдержанность, лабильность, повышение чувствительности к звукам, свету, цветам. Замедляется темп мышления, больные испытывают затруднения при решении сложных интеллектуальных задач.

При астено-невротических состояниях к описанным явлениям астении присоединяются вспыльчивость, повышенная раздражительность, плаксивость, капризность.

При астено-депрессивных состояниях явления астении сочетаются со сниженным настроением.

При астено-ипохондрическом астенические симптомы сочетаются с повышенным вниманием к своему физическому здоровью, больные придают большое значение различным неприятным ощущениям, идущим из внутренних органов.

При астено-абулическом синдроме больные, начиная какую-либо работу, так быстро утомляются, что практически не могут выполнить даже простейших заданий и становятся практически бездеятельными.

**Неврастенический синдром** (синдром раздражительной слабости) характеризуется, с одной стороны, повышенной возбудимостью, недержанием аффекта, склонностью к бурным аффективным реакциям при волевой неустойчивости, с другой стороны повышенной истощаемостью, плаксивостью, безволием.

**Диссоциативные синдром** – характеризуется повышенной эмоциональной возбудимостью, театральностью поведения, склонностью к фантазированию и лживости, к бурным аффективным реакциям, истерическим припадкам, функциональным параличам и парезам и т.п.

**Синдром навязчивостей** – проявляется навязчивыми мыслями, фобиями, навязчивыми желаниями и действиями. Явления навязчивости возникают, как правило, внезапно, не соответствуют содержанию мыслей больного в данный момент, больной критически относится к ним и борется с ними. В зависимости от преобладания навязчивых страхов, мыслей или действий выделяют фобический, обсессивно-фобический или обсессивно-компульсивный варианты.

**Дисморфофобический синдром** – больные переоценивают значение имеющихся у них физических недостатков, активно ищут помощи у специалистов, требуют проведения им косметических операций. Чаще всего возникает в пубертатном возрасте по психогенному механизму. Например, если подростки убеждены в том, что у них избыточный вес, они жестко ограничивают себя в еде (психогенная анорексия).

**Депрессивный (непсихотический вариант)** - характеризуется депрессивной триадой: подавленным, грустным, тоскливым настроением, замедлением мышления и двигательной заторможенностью. Выраженность указанных расстройств различна. Диапазон гипотимических расстройств велик – от легкой подавленности, грусти, депримированности до глубокой тоски, при которой больные испытывают тяжесть, боль в груди, бесперспективность, никчемность существования. Все воспринимается в мрачных красках – настоящее, будущее, прошлое.

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

Двигательная заторможенность проявляется в замедлении движений, речи, речь тихая, медленная, мимика скорбная, движения замедлены, однообразны, больные подолгу могут оставаться в одной позе. В ряде случаев двигательная заторможенность достигает полной

обездвиженности (депрессивный ступор).

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

Психотические синдромы характеризуются наличием хотя бы одного из следующих признаков: галлюцинации, бредовые идеи, расстройства сознания. При этом больные не оценивают эти нарушения как болезненные, т.е. у них нет критики к болезненному состоянию.

**Синдромы помраченного сознания** описаны в главе нарушения сознания и самосознания.

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

**Синдром дереализации** - ощущения изменчивости окружающего мира, создающее впечатление «нереального», «далекого», «искусственного», «подстроенного», при сохранении формальной ориентировки. В отличие от психосенсорных расстройств, нарушение восприятия не затрагивает физических свойств окружающих предметов, а касается их внутренней сути.

**Синдром деперсонализации** - это болезненное переживание собственной изменчивости, потери собственной идентичности, потери собственного Я.

**Депрессивный синдром (психотический вариант)** – помимо описанных выше проявлений депрессивного синдрома для психотического варианта характерны бредовые идеи самообвинения, самоуничужения, греховности, виновности, галлюцинаторные переживания с аналогичным содержанием, которые тоже могут приводить к мысли о самоубийстве.

**Маниакальный синдром** - характеризуется маниакальной триадой: эйфория (неадекватно повышенное настроение), ускорение ассоциативных процессов и двигательное возбуждение со стремлением к деятельности.

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

Больные в маниакальном состоянии обычно не предъявляют соматически жалоб, они испытывают не только «душевный подъем», но и прилив физических сил. В этом состоянии они склонны переоценивать свои способности и возможности. Половое влечение бывает усилено, больные легко вступают в контакты, заводят сексуальные связи, женятся, дают необоснованные обещания.

Легкие варианты маниакальных состояний принято называть гипоманиями. Различные варианты маниакального синдрома встречаются при маниакально-депрессивном психозе, а также шизофрении, затяжных симптоматических психозах, после черепно-мозговых травм, при прогрессивном параличе, при острых интоксикациях.

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

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

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

Дисморфоманический синдром характеризуется триадой признаков: бредовые идеи физического недостатка, бред отношения, пониженное настроение. Больные активно стремятся к исправлению своих недостатков. Когда им отказывают в проведении операции иногда сами пытаются изменить форму своих уродливых частей тела. Наблюдается при шизофрении.

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

**Парафренный синдром** - сочетание систематизированного или несистематизированного бреда с психическими автоматизмами, вербальными галлюцинациями, конфабуляторными переживаниями фантастического содержания, склонностью к повышению настроения. Наиболее характерен для поздних стадий шизофрении.

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

**Кататонический синдром** – проявляется в виде кататонического нелепого и бессмысленного возбуждения или ступора, или периодической смены этих состояний. Наблюдается при шизофрении, инфекционных и других психозах.

Дефектно-органические синдромы характеризуются интеллектуальным дефектом разной степени выраженности, обусловленным органической патологией головного мозга.

**Психоорганический синдром** – характеризуется негрубыми нарушениями интеллекта. У больных снижается внимание, фиксационная память, они с трудом вспоминают события о своей жизни и общеизвестные исторические события. Замедляется темп мышления. Больные испытывают затруднения в приобретении новых знаний и навыков. Происходит либо нивелировка личности, либо заострение черт характера. В зависимости от того, какие преобладают эмоциональные реакции, выделяют взрывчатый вариант – у больных

отмечается взрывчатость, грубость, агрессивность; эйфорический вариант (неадекватная веселость, беспечность), апатический вариант (безразличие). Возможна частичная обратимость, чаще происходит постепенное утяжеление и развитие синдрома деменции. Характерен для экзогенно-органических поражений головного мозга.

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

**Корсаковский амнестический синдром** включает нарушения памяти на текущие события (фиксационную амнезию), ретро- и антероградную амнезию, псевдореминисценции, конфабуляции, амнестическую дезориентировку. Корсаковский синдром встречается при органическом поражении головного мозга вследствие инфекционных заболеваний, интоксикаций, в том числе алкогольной, черепно-мозговой травмы, сосудистой патологии и т.д.

**Интеллектуального недоразвития** (олигофрения - врожденное слабоумие) в зависимости от степени выраженности принят разделять на идиотию, имбецильность и дебильность. Причины олигофрении разные: наследственные факторы (50% всех случаев олигофрении); болезни матери во время беременности (интоксикация, инфекция); физическая травма плода; трудные роды, которые обусловили кровоизлияние в мозг или травмы черепа у родившегося ребенка, и т.д. При олигофрении, в отличие от деменции, нет прогрессивности, то есть дальнейшего разрушения нервной системы. При олигофрении чаще всего отмечается равномерная недостаточность всех сторон интеллекта, в то время как для деменции характерное несоответствие между отдельными остатками знаний, которые свидетельствуют о богатстве опыта, который когда-то был, и общим снижением рассудительности, критики. Кроме того, при олигофрении имеет место недоразвитие не только психики, но и всего организма.

**Деменция** – приобретенное слабоумие. К деменции приводят эпилепсия, органические заболевания, при которых имеют место атрофические процессы в веществе головного мозга (сифилитический и старческий психозы, сосудистые или воспалительные заболевания головного мозга, тяжелые черепно-мозговые травмы), шизофрения. Различают лакунарное и тотальное слабоумие.

При лакунарном слабоумии снижается трудоспособность, прогрессирует потеря знаний, привычек, развивается неравномерное ослабление памяти, слабость суждений, аффективная нестойкость, потеря гибкости психических процессов, ухудшение приспособляемости, снижение самоконтроля. Больные, как правило, критически оценивают свой интеллектуальный дефект. При этом отношение больного к окружающему и близким ему людям остается прежним, мало изменяется круг интересов, сохраняются сформированные прежде убеждения. Личность беднеет, но сохраняет присущую ей систему отношений, основные морально-этические свойства. В таких случаях говорят об органическом снижении личности.

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

## **Особенности детства**

## ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РАССТРОЙСТВ

Лечение психических заболеваний разделяют на виды в зависимости от преследуемой цели и использованных методов:

Этиологическая терапия направленная на устранение причины психического заболевания

Патогенетическая – воздействует на механизм развития болезни

Симптоматическая – направлена на устранение тяжелых или опасных проявлений болезни.

В психиатрии принято обозначать некоторые особые виды терапии в зависимости от определенных задач.

Купирующая терапия - направлена на быстрое устранение тяжелых острых проявлений психических расстройств.

Поддерживающая терапия - используется, когда достигнут определенный эффект (от улучшения к практическому выздоровлению), но полное прекращение лечения угрожает рецидивом или ухудшением состояния.

Корректирующая терапия - направлена на устранение побочных действий психотропных средств.

Противорецидивная терапия – проводится в период ремиссии и направлена на предотвращение рецидива заболевания.

Соответственно применяемым методам лечение психических расстройств выделяют:

Медикаментозную терапию включающую в себя применение психотропных средств, инсулинотерапию, пиротерапию, антимикробную, общеукрепляющую, дезинтоксикационную, дегидратационную, десенсибилизирующую, сенсibiliзирующую и противосудорожную терапию.

**Лечение психотропными средствами (психофармаотерапия)** является основным методом лечения психических расстройств. В этой группе принято выделять антипсихотики (нейролептики), транквилизаторы, антидепрессанты, тимостабилизаторы, психостимуляторы и ноотропы.

**Антипсихотики.** Эти психотропные средства чаще всего используются для лечения психозов, проявляя антипсихотическое (устранение бреда, галлюцинаций), антиагрессивное (ослабление психомоторной активности), психоседативное (обеднение эмоций, переживаний) и анксиолитическое (устранение патологической тревоги) действие.

По характеру действия на психотическую симптоматику выделяют 4 основные группы нейролептиков:

1. Нейролептики преимущественно седативного действия (аминазин, тизерцин, труксал).
2. Нейролептики общего антипсихотического действия (аминазин, трифтазин, галоперидол)
3. Нейролептики антипсихотического действия, направленного на купирование галлюцинаторно-параноидных расстройств (трифтазин, галоперидол, аминазин)
4. Нейролептики антипсихотического действия со стимулирующим компонентом (метеразин, етаперазин, френолон, соннапакс, неулептил, хлорпротиксен, эглонил)

В группе антипсихотиков выделяют:

### I. Препараты I поколения (нейролептики)

Аминазин (хлорпромазин) - первый из психотропных средств, с которого началось развитие психофармакологии, применяется для устранения психомоторного возбуждения или аффективного напряжения. Он способен вызвать резкое снижение артериального давления, коллаптоидные состояния.

Трифтазин (стелазин) показан для продолжительного и поддерживающего лечения, в особенности при бредовых расстройствах. Как побочные явления часто возникают экстрапирамидные расстройства - мышечный тремор, скованность, что требует

одновременного назначения корректоров (циклодол).

Галоперидол показан как при острых, так и при хронических психотических расстройствах, обладает как антипсихотическим, так и сильным психоседативным действием. Служит для купирования разного рода возбуждения (маниакального, кататонического, бредового). Вызывает выраженные экстрапирамидные расстройства, также назначается одновременно с корректорами.

Тизерцин (левомепромазин) обладает сильным противотревожным эффектом и отличается снотворным действием. Он способен вызвать резкое снижение артериального давления, коллаптоидные состояния.

Труксал (хлорпротиксен) устраняет тревогу, страх, беспокойство, не вызывает сильной вялости и сонливости.

Неулептил (перициазин) заслужил репутацию «корректора поведения». Широко используется в геронтологической практике: устраняет агрессивность, беспокойство, расторможенность.

Клопиксол (зуклопентиксол) имеет выраженное антипсихотическое, специфическое тормозящее и неспецифическое седативное действие.

Модитен (фторфеназин) наиболее распространенный как препарат пролонгированного действия (фторфеназин-деканоат, модитен-депо) для поддерживающего лечения. Внутримышечные инъекции делают 1 раз в 2-3 нед. Нередко приходится присоединять регулярный пероральный прием циклодола.

## II. Препараты II поколения (атипичные антипсихотики)

Азалептин (клозапин) обладает выраженным антипсихотическим действием, относится кно в отличие от других нейролептиков не вызывает экстрапирамидных нарушений и общего угнетения. Его применяют при галлюцинаторно-бредовых и аффективно-бредовых расстройствах, особенно в хронических случаях. Осложнением лечения является делирий (ему обычно предшествуют яркие цветные сновидения), резкая тахикардия и подъем температуры тела. Изредка встречаются коллапсы и агранулоцитоз.

Зипрекса (оланзапин) назначается для лечения острой формы шизофрении и других психозов с ярко выраженными продуктивными симптомами (такие как бред, галлюцинации, враждебность, подозрительность) и/или негативными симптомами (эмоциональная и социальная отгороженность, бедность речевой деятельности), а также для поддерживающего лечения.

Рисполепт (рисперидон) показан для лечения острых приступов шизофрении, шизоаффективного психоза, других психотических расстройств с продуктивной симптоматикой, для поддерживающей противорецидивной терапии при шизофрении. При этом раннее начало терапии рисполептом позволяет достичь сохранения когнитивных функций при минимальной стигматизации больных.

Солиан

Кветирон

## Особенности детства

**Транквилизаторы.** Эта группа препаратов применяется с целью устранения тревоги, беспокойства, снижения аффективного напряжения. В основном применяется для купирования непсихотических расстройств. К побочному действию относятся угнетение внимания, из-за чего транквилизаторы не применяют в процессе трудовой деятельности, которая требует сохранения внимания и координации движений, привыкание и даже развитие лекарственной зависимости. Большинство транквилизаторов назначается с использованием рецептурных бланков строгой четности.

Сибазон (диазепам, валиум) при внутривенном введении купирует делирий, острую тревогу, судорожные припадки и дисфории (приступы злобно-тоскливого настроения духа со склонностью к агрессии). Перорально используют при невротической тревоге,

непсихотической депрессии, навязчивостях.

Феназепам - оригинальный отечественный препарат. Подавляет волнение и чувство страха, даже в ситуациях реальной опасности, но вызывает вялость, замедление реакций, сонливость. Показан при непсихотической тревоге и навязчивостях, а также при деперсонализации и дереализации.

Гидазепам - транквилизатор с активирующим эффектом, вегетостабилизирующим и седативным действием. Показан при невротических и неврозоподобных нарушениях с повышенной утомляемостью, раздражительностью, сниженным настроением, нарушениями сна. Благодаря мягкому действию, может применяться для лечения больных с органическим поражением ЦНС разного генеза, лиц пожилого возраста и ослабленных больных.

Адаптол (мебикар) обладает хорошим антиневротическим, легким гипотензивным, анальгезирующим, антидепрессивным и активирующим действием.

Афобазол обладает ярко выраженным противотревожным и вегетостабилизирующим действием.

Особенности детства

**Антидепрессанты.** Это группа психотропных средств, которые купируют депрессию - болезненно угнетенное настроение.

По характеру действия на психическую симптоматику различают 3 группы антидепрессантов: по составу

1. Со стимулирующим действием

Продеп (флуоксетин) способствует редукции обсессивно-компульсивных расстройств. Вызывает снижение аппетита и может использоваться для лечения нервной булимии.

Стимулотон (сертралин) показан при разных формах депрессии, в том числе сопровождающихся тревогой. Применяется для лечения обсессивно-компульсивных и панических расстройств.

2. С седативным действием

Амитриптилин (триптизол) применяется главным образом при тревожных депрессиях, его антидепрессивное действие сочетается с седативным. Среди побочных эффектов отмечены тахикардия, задержка мочи (противопоказан при аденоме простаты), сухость во рту, нарушения аккомодации (тяжело читать).

Ремерон (миртазапин) сочетает тимоаналептическую активность с выраженным анксиолитическим эффектом, который позволяет назначать препарат при широком круге пограничных и психотических депрессивных расстройств.

Пароксетин применяется при депрессиях разного генеза, в особенности при тревожной депрессии в связи с анксиолитическим действием. Пароксетин имеет антидепрессивный эффект с легким тонизирующим действием.

3. Со сбалансированным седативным и стимулирующим действием

Пиразидол - отечественный препарат, по действию схож с амитриптилином. Тревожных больных - успокаивает, а угнетенных - активирует. Хорошо переносится, обычно не вызывает побочных явлений.

Анафранил (кломипрамин) - сильнодействующий антидепрессант, не вызывает значительного седативного действия, чувства усталости, диссоциации между повышающейся активностью и продолжающейся тоской. Показан при невротических и эндогенных депрессиях, в том числе при глубоких, затяжных формах. Успешно применяется при лечении навязчивостей и панических атак.

Миасер (Миансерин) обладает довольно выраженными тимоаналептическими и седативными свойствами, снотворным эффектом, более активен при депрессиях непсихотического уровня.

Ципралекс (эсциталопрам) антидепрессивное действие препарата сочетается с хорошей переносимостью, безопасностью при использовании вместе с соматотропными

средствами, кардиотоксичность отсутствует. Имеет анксиолитическое действие, умеренный седативный и стимулирующий эффекты, которые уравнивают друг друга.  
Особенности детства

**Тимостабилизаторы.** Это лекарственные препараты, обладающие свойством предупреждать повторные фазы аффективных расстройств при маниакально-депрессивном и шизоаффективных психозах. Превентивное лечение проводится на протяжении многих месяцев и лет.

Лития карбонат купирует маниакальные и предупреждает последующие депрессивные и маниакальные фазы. Доза подбирается индивидуально под контролем содержания лития в крови, которая поддерживается на уровне 0,6-1,6 мэкв/л. Во время депрессий назначать препарат не следует – может затянуться депрессивная фаза. Среди побочных явлений отмечена диарея. Мышечный тремор и жажда служат признаками передозировки. Как осложнения описаны поражения почек и щитовидной железы.

Финлепсин (карбамазепин) относится к протипоэпилептическим средствам, но обладает также свойством предупреждать развитие маниакальных и депрессивных фаз. Показан также при дисфориях – приступах тоскливого-злобно настроения при эпилептоидной психопатии и эпилепсии. Препарат хорошо переносится - побочные явления возникают редко.

Соли вальпроевой кислоты (депакин, вольпраком, конвульсофин) также относятся к противосудорожным средствам и обладают тимостабилизирующим действием без выраженного седативного эффекта.

Особенности детства

**Психостимуляторы** – лекарственные препараты, которые повышают настроение, способность к восприятию внешних раздражений, психомоторную активность. Они уменьшают чувство усталости, повышают физическую и умственную работоспособность (в особенности при утомлении), временно снижают потребность во сне. Психостимуляторы представлены следующими препаратами: сиднокарб, кофеин.

Особенности детства

**Ноотропы** – вещества, которые активируют высшие интегративные функции головного мозга.

Ноотропил (пирацетам) является производным ГАМК. Рекомендуется при астенических, астенодепрессивных и астенопатических состояниях. Побочных явлений не оказывает. Передозировка может проявляться раздражительностью и нарушениями сна.

Энцефабол (пиридитол) – дисульфид пиридоксина. Пиридитол применяется в комплексной терапии при астено-депрессивных, астено-апатических, неврозоподобных состояниях экзогенно-органической природы (при посттравматической, постинфекционной, сосудистой энцефалопатии). В детской практике применяется при задержке психического развития, церебрастении, олигофрении.

Пикамилон – применяется у взрослых как ноотропное и сосудистое средство при нарушениях церебрального кровообращения легкой и средней тяжести, вегетососудистой дистонии, при абстиненции у больных алкоголизмом.

Особенности детства

**Психотерапия** - лечение с помощью влияния психическими факторами – словом, невербальными условными раздражителями, обстановкой, определенными занятиями и т.д. Психотерапия используется в разных областях медицины. Она особенно важна при заболеваниях, в развитии которых психический фактор играет ведущую роль (неврозы и другие реактивные состояния, психосоматические заболевания), когда болезнь самая по себе ставит пациента в стрессовые условия (например, в пред- и послеоперационный

период) или становится для него тяжелой психической травмой (например, приводит к инвалидности). При неврозах психотерапия является основным методом лечения, но она применяется практически почти при всех психических расстройствах.

#### Методы психотерапии

Суггестивные методы в разных видах используют внушение (лат. - suggestio).

✓ внушение в состоянии гипнотического сна. (Техника гипнотического внушения изложена в специальных пособиях. Пользоваться этим методом может только врач, который получил специальную подготовку по психотерапии).

✓ Внушение в состоянии бодрствования достигается путем властного, авторитетного, уверенного заявления психотерапевта.

✓ Наркопсихотерапия – внушения в состоянии наркотического сна.

✓ Аутогенная тренировка (аутотренинг) - самовнушения, что достигается путем специально разработанных упражнений.

✓ Плацеботерапия - использование плацебо-препаратов, которые по виду, запаху, вкусу не отличаются от определенного лекарства (транквилизатора, снотворного и т.д.), но на самом деле являются совсем индифферентными веществами.

"Поведенческие", бихевиоральные, условнорефлекторные методы основаны на выработке условных рефлексов. Например, вырабатывается условный рвотный рефлекс на вид, запах, вкус алкоголя путем сочетания небольшой дозы спиртного напитка и рвотных средств. Практикуются также другие приемы "научения". Например, больного с навязчивыми опасениями заставляют много раз мысленным взором представить ситуацию, которая вызывает страх, вследствие чего чувство страха постепенно угасает, затормаживается.

Рациональные методы адресуются к сознанию больного, его разуму, основаны на логическом убеждении пациента, разъяснении ему природы расстройств и путей их устранения.

Социотерапия по сути является частью психотерапии, которая использует социально-психологические факторы: влияние непосредственной окружающей социальной среды, разные формы социальной активности (например, клубы бывших пациентов) или коллективной деятельности.

По формам проведения психотерапия разделяется на индивидуальную, групповую и семейную психотерапию.

Особенности детства

**Реабилитация** (лат. rehabilitatio – восстановления в правах) – система медицинских, психологических и социальных мер, которые предупреждают дальнейшее развитие болезни, потерю трудоспособности и направленных на возможно более раннее и эффективное возвращение больных и инвалидов к общественно полезной работе и активной социальной жизни. Лечение болезни может осуществляться без специальных реабилитационных мер, но реабилитация включает также лечебные средства для достижения поставленных ею целей. Важнейшая задача реабилитации – восстановление личного (в собственных глазах) и социального (в глазах окружающих) статуса больного - семейного, трудового, общественного. М.М.Кабановым (1978) были выделены основные принципы и этапы реабилитации психически больных.

Особенности детства

психообразование

## ЧАСТНАЯ ДЕТСКАЯ И ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

### Невротические расстройства

**Психогенные заболевания** – это большая и клинически многообразная группа болезней, возникающих в результате воздействия острых или длительно действующих психических травм, проявляющихся не только психическими, но и соматоневрологическими нарушениями и имеющие, как правило, обратимый характер.

Среди психогенных заболеваний различают невротические, связанные со стрессом, расстройства, острые и затяжные реактивные психозы, соматоформные расстройства и психосоматические заболевания, а также посттравматические стрессовые расстройства (психогенное развитие личности).

Причиной психогенных заболеваний является психическая травма, т.е. события, затрагивающие значимые стороны существования человека и приводящие к глубоким психологическим переживаниям. Это могут быть субъективно значимые события, т.е. являющиеся патогенными для большинства людей. Кроме того, психотравмирующими могут быть условно-патогенные события, вызывающие переживания у отдельного человека в силу особенностей ценностной иерархии.

Неблагоприятные психогенные воздействия на человека вызывают у него стресс, т.е. неспецифическую реакцию на физиологическом, психологическом и поведенческом уровне. Стресс может оказывать положительное, мобилизирующее влияние, но может и привести к дезорганизации деятельности организма. Стресс с отрицательным влиянием, вызывающий различные нарушения и даже заболевания, называется дисстрессом.

Далеко не каждое неблагоприятное психологическое воздействие и не у каждого человека приводит к заболеванию, так как к. любая личность использует свойственные ей специфические приемы переработки переживаний, нейтрализующие их патогенное влияние, называемые психологической защитой. Есть личности хорошо психологически защищенные и плохо психологически защищенные, именно у последних чаще развиваются психогенные заболевания. Наиболее уязвимыми являются так называемые крайние типы высшей нервной деятельности, описанные Павловым. Это слабый, сильный безудержный, а также художественный и мыслительный типы. Кроме конституциональных (наследственных) причин психологической слабой защищенности, последняя может быть вызвана перенесенными заболеваниями, переутомлением и другими вредными воздействиями. В развитие психогений играет роль также сила и личностная значимость психической травмы, острота и длительность ее действия, особенности интеллекта, общее самочувствие.

Значение психических конфликтов в генезе невротических расстройств, как фактора, запускающего болезненный процесс, достаточно широко обсуждается в исследованиях отечественных и зарубежных авторов, которые рассматривают эту проблему с позиции единства объективных и субъективных факторов возникновения и развития конфликта, его социальной, нейрофизиологической и психической природы. Авторы подчеркивают, что патогенность конфликта проявляется лишь в сочетании с соответствующим значимым отношением к ним личности. При этом имеет значение не столько объективная трудность проблемы, сколько субъективное отношение к ней. Присущие невротическому конфликту переживания становятся источником невроза лишь в том случае, если они занимают центральное место в системе отношений личности к действительности.

В.Н.Мясищев выделяет три основных типа невротических конфликтов: истерический, обсессивно-психастенический и неврастенический, указывая на преимущественную взаимосвязь типа конфликта и формы невроза.

Истерический конфликт определяется прежде всего чрезмерно завышенными претензиями личности, сочетающимися с недооценкой или полным игнорированием объективных реальных условий или требований окружающих. Его отличают превышение

требовательности к окружающим над требовательностью к себе и отсутствие критического отношения к своему поведению. В силу неправильного воспитания у таких лиц ослабевают способности тормозить свои желания, противоречащие общественным требованиям и нормам.

Обсессивно-психастенический тип невротического конфликта обусловлен, прежде всего, противоречивыми собственными внутренними тенденциями и потребностями, борьбой между желанием и долгом, между моральными принципами и личными привязанностями. При этом, если даже одна из них и становится доминирующей, но продолжает встречать противодействие другой, создаются благоприятные возможности для резкого усиления нервно-психического напряжения и возникновения невроза навязчивых состояний. Особое значение имеет предъявление противоречивых требований к личности, что способствует формированию чувства собственной неполноценности, противоречивых жизненных отношений и приводит к отрыву от жизни, появлению нереальных, далеких от действительности установок.

Неврастенический тип конфликта представляет собой противоречие между возможностями личности, с одной стороны, ее стремлениями и завышенными требованиями к себе, с другой. В определенной степени возникновению данного типа конфликта способствуют высокие требования. Предъявляемые возрастающим темпом и напряженностью современной жизни. Особенности конфликта этого типа чаще всего формируются в условиях, когда постоянно стимулируется нездоровое стремление к личному успеху без реального учета сил и возможностей индивида.

Указанные типы невротических конфликтов в определенной степени соответствуют трем основным формам - истерии, неврозу навязчивых состояний и неврастении.

### **Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43)**

Расстройства, возникающие при исключительно сильном стрессовом жизненном событии или значительном изменении в жизни, приводящем к продолжительно сохраняющимся неприятным обстоятельствам, в результате чего развивается расстройство адаптации. Важным моментом является относительный характер психотравмы, то есть важно учитывать индивидуальную, часто особую уязвимость.

### **Острая реакция на стресс (F43.0)**

Невротические реакции – это острые реакции на стресс, причем психотравмирующие в данном случае являются интимно-личностные переживания. Это может быть, неудовлетворение каких-то желаний близкими, разочарование в друге, несправедливое (по мнению пациента) замечание в присутствии сверстников. Такие реакции чаще наблюдаются в подростковом возрасте. По МКБ-10 их кодируют как F.43.

Данных о распространенности невротических реакций нет, так как в подавляющем большинстве случаев эти больные не обращаются за медицинской помощью. Клинические формы невротических реакций зависят от особенностей личности пациента, их возникновение обусловлено плохой психологической защитой личности, не дающей возможности найти адекватный выход из сложившейся ситуации. Продолжительность этих реакций от нескольких минут до нескольких дней. В первую очередь редуцируется психическая симптоматика, а вегетативные нарушения продолжаются более длительное время.

Различают следующие формы невротических реакций:

Депрессивная реакция - F.43.2 - может развиваться через 1-2 суток после психической травмы, такая форма реагирования наиболее типична для слабого типа ВНД. Снижается настроение, появляется плаксивость, внимание пациента не отвлекается от психической травмы и ее последствий. У некоторых развиваются сверхценные идеи самообвинения и самоуничтожения, приводящие к суицидальным мыслям, а, нередко, к действиям. Суициды могут иметь тяжелые последствия, вызывает необходимость реанимации больных.

Сниженное настроение сопровождается нарушением сна, плохим самочувствием, быстрой утомляемостью, неприятными ощущениями в области сердца.

Неврастеническая реакция - F.43.23 – характеризуется явлениями раздражительной слабости и вегетативными симптомами.

Истерическая реакция - F.43.25 – возникают вслед за психической травмой у художественного типа ВНД и сопровождается бурными эмоциями, а иногда и аффективным сужением сознания. Такие пациенты нередко совершают суициды с целью привлечь к себе внимание или добиться чего-то, и хотя мотивы этих суицидов шантажные, больные в состоянии аффекта не всегда могут правильно оценить последствия содеянного, нанося довольно глубокие порезы или принимая большую дозу лекарства.

Психастеническая реакция - F.43.22 – возникает у личностей мыслительного типа и выражается в тревоге, нерешительности, невозможности справиться с самыми простыми проблемами. Любое простейшее действие сопровождается навязчивостью, многократными перепроверками правильности действия.

Паралич эмоций - F.43.28 – развивается вслед за воздействием психотравмирующего фактора. Пациенты, понимая весь трагизм происходящего, опасность сложившейся ситуации для его жизни и жизни близких, не испытывают никаких эмоций. Человек становится безразличным, безучастным, при этом все понимает и замечает, но наблюдает за происходящим как бы со стороны.

Невротические реакции не требуют специального лечения. Положительно действует доброжелательные беседы с близкими и друзьями, сочувствующими больному и подсказывающие выход из ситуации. Иногда приходится прибегать к лечению седативными фитопрепаратами.

### **Посттравматическое стрессовое расстройство F43.1**

Посттравматическим стрессовым расстройством — ПТСР (posttraumatic stress disorder, PTSD) — называют невротическое состояние, развивающееся после сильного стрессового воздействия.

В DSM-IV-R предложены следующие критерии диагностики ПТСР с учетом их особенностей у детей.

**А.** Индивид пережил травмирующее событие.

Для диагностики необходимо наличие двух признаков:

- 1) индивид испытал, был свидетелем или столкнулся со случаем или случаями, которые включают фактические смерть или серьезный ущерб либо их угрозу, либо угрозу физической целостности самого индивида или других людей;
- 2) реакция индивида включала чувства интенсивного страха, беспомощности или ужаса. У детей это может проявляться дезорганизованным или ажитированным поведением.

**В.** Травматическое событие постоянно переживается заново.

Для диагностики необходимо наличие хотя бы одного из следующих вариантов:

- 1) навязчивые, постоянно повторяющиеся неприятные воспоминания о событии, мысли о нем, представления и восприятие. У маленьких детей это навязчивое повторение игр, отражающих темы или какие-либо аспекты травмы;
- 2) навязчивые, постоянно повторяющиеся неприятные сны о травматическом событии. У детей могут быть страшные сны, содержание которых не сохраняется;
- 3) действие или чувство, будто травматическое событие происходит снова (включает чувство оживления переживаний, иллюзии, галлюцинации и диссоциативные флэш-бэк-эпизоды, в том числе просоночные и развивающиеся в состоянии интоксикации). У маленьких детей может отмечаться повторяющееся поведение с воспроизведением травматических событий;
- 4) интенсивные тяжелые переживания, вызванные внутренними или внешними стимулами, напоминающими о травмирующих событиях или символизирующими их;

5) физиологическая реакция на внутренние или внешние стимулы, которые символизируют травмирующие события или имеют сходство с ними.

**С.** Постоянное избегание раздражителей, связанных с травмой, общая оцепенелость, или блокировка эмоциональных реакций (numbing), которые до травмы не отмечались.

Для диагностики необходимо наличие не менее трех из следующих критериев:

- 1) усилия, направленные на избегание мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой;
- 2) усилия, направленные на избегание действий, мест или людей, которые пробуждают воспоминания о травме;
- 3) неспособность вспомнить важные аспекты травмы (психогенная амнезия);
- 4) заметное снижение интереса к ранее значимым видам деятельности или участия в них;
- 5) чувство отгороженности или отчуждения от окружающих;
- 6) ограничение диапазона чувств (например, неспособность испытывать чувство любви);
- 7) чувство бесперспективности в будущем (например, отсутствие надежды на карьерный рост, женитьбу, появление детей или нормальную продолжительность жизни).

**Д.** Постоянные симптомы повышенной возбудимости, не наблюдавшейся до травмы.

Для диагностики необходимо наличие не менее двух критериев:

- 1) нарушение засыпания или раннее пробуждение;
- 2) раздражительность или вспышки гнева;
- 3) затруднение концентрации внимания;
- 4) повышенная настороженность, сверхбдительность, постоянное ожидание угрозы;
- 5) чрезмерная реакция испуга.

**Е.** Продолжительность расстройства (признаки в Критериях В, С и D), превышающая 1 мес.

**Ф.** Расстройство вызывает клинически значимое тяжелое эмоциональное переживание либо нарушения в социальной, профессиональной или других важных областях деятельности.

#### **Течение**

- ✓ острое течение (менее 3 месяцев)
- ✓ хроническое (более 3 мес.) течение
- ✓ заболевание с отставленным началом (по меньшей мере, спустя 6 мес. после стрессорного воздействия).

#### **Распространенность**

Частота развития ПТСР у детей сравнима соответствующими показателями у взрослых (З.И. Келидзе, А.А. Портнова, 2009)

После стихийных бедствий ПТСР у детей могут достигать масштабов эпидемии, подвергая опасности благополучие детской популяции в большом регионе.

#### **Этиология**

Выделяют два типа травмирующих ситуаций:

- ✓ неожиданные краткосрочные травмирующие события
- ✓ серийную травматизацию или пролонгированное травматическое событие.

#### **Предиспонирующие факторы:**

- ✓ личностные особенности (уязвимость)
- ✓ особенности социального окружения (наличие или отсутствие поддержки окружающих)
- ✓ некоторые семейные обстоятельства (потеря одного из родителей)
- ✓ психотравмирующие детские переживания
- ✓ предшествовавшие психические расстройства
- ✓ астенический тип реагирования.

В случае, когда стрессор является чрезвычайно сильным, заболевание ПТСР может развиваться и без предрасполагающих факторов.

В условиях травматической ситуации важным психогенным фактором для детей раннего возраста является депрессия у матери или отделение от матери, связанное с ее госпитализацией.

К числу личностных особенностей ребенка, наиболее подверженного влиянию психогенного фактора в виде жестокого обращения, В.А. Гурьева относит тормозимость, реактивную лабильность или эксплозивность, склонность к «накоплению аффекта».

Для стандартизированной оценки состояния используются:

- ✓ «Шкала влияния событий» (Impact of events scale), предложенная в 1979 г. М. Horowitz и соавт.
- ✓ полуструктурированное интервью для оценки травматических переживаний детей, в котором вопросы построены на основании критериев ПТСР по DSM-IV
- ✓ родительская анкета для оценки травматических переживаний детей. Одним из вариантов последней является адаптированная Н.В. Тарабриной анкета "Child stress reaction" .

### **Клинические проявления**

Для детей раннего возраста:

- ✓ нарушения сна (уменьшение его общей продолжительности, затрудненное засыпание, беспокойный поверхностный сон со вскрикиванием, полное прекращение дневного сна)
- ✓ снижение аппетита
- ✓ повышенная возбудимость и пугливость
- ✓ легко возникающая капризность и плаксивость вплоть до аффективно-респираторных приступов
- ✓ двигательная расторможенность и агрессивность
- ✓ патологическое привыкание к соске
- ✓ уменьшение познавательной и игровой активности, наряду с резким повышением привязанности к матери или заменяющему ее лицу.
- ✓ Для детей дошкольного возраста (4-7 лет):
- ✓ нарушения соматовегетативной регуляции
- ✓ депрессивный фон настроения
- ✓ сформированные тревожно-фобические реакции, содержание которых отражает пережитое, например землетрясение (сейсмофобия).

Для детей школьного возраста (7-15 лет):

- ✓ депрессия
- ✓ тревожно-фобические расстройства
- ✓ нерезко выраженные навязчивые, сверхценные и бредоподобные идеи
- ✓ отказ от посещения школы
- ✓ реакции пассивного протеста
- ✓ невротический энурез
- ✓ истерическая рвота
- ✓ психопатоподобные проявления

Среди детей дошкольного возраста психические расстройства встречаются чаще, чем в раннем возрасте, а у школьников стойкие психические расстройства диагностируются в 1,5 раза чаще, чем у дошкольников.

Проявления «школьного невроза» наблюдаются преимущественно у детей младшего школьного возраста.

У детей старшего возраста развиваются невротические депрессии в сочетании с полиморфными психопатоподобными проявлениями.

Для подростков, особенно подвергшихся жестокому обращению, наиболее характерно появление агрессивных, насильственных действий

## Неврастения

Причиной этого невроза является длительное воздействие неблагоприятных факторов, среди которых основное значение имеет производственный нервный стресс: большой объем информации, которую необходимо усвоить в условиях дефицита времени и высокие требования к деятельности.

Распространенность неврастении до 5% в популяции, с симптомами этого невроза к врачам общей практики обращается более 60% больных.

Основными клиническими проявлениями неврастении является раздражительная слабость. Больные жалуются на утомляемость, слабость, снижения работоспособности. С утра очень трудно «вработывание», к предобеденному времени несколько снижаются симптомы астении и немного улучшается работоспособность, но очень быстро вновь развивается утомляемость, когда каждое действие требует невероятных усилий. Больные становятся нетерпеливыми, не могут переносить ожидание. У них легко возникает аффекты, после которых астения еще больше усиливается и появляется чувство вины за то, что было сказано или совершено в состоянии аффекта. У многих пациентов появляется гиперестезия к зрительным, слуховым и даже тактильным раздражителям, их раздражает капание воды, звук хода часов, прикосновение к коже.

Заметно нарушается сон. Одни пациенты не могут долго заснуть, другие быстро засыпают, но в обоих случаях сон поверхностный с частыми пробуждениями и отсутствием чувства отдыха после сна. Днем больные испытывают сонливость, но даже если есть возможность отдохнуть, они не могут уснуть. Одними из постоянных жалоб больных являются головные боли, многообразие которых (сдавление, стягивание, покалывание) очень неприятны для пациентов. Головные боли обычно усиливаются после физического и умственного напряжения. У многих больных появляются неприятные ощущения в различных органах. По этому поводу они обращаются к различным специалистам и, хотя последние никакой патологии не обнаруживают, пациентов это не успокаивает. Они фиксированы на этих ощущениях, думают, что заболели какой-то тяжелой неизлечимой болезнью. Ипохондрические симптомы нередко сопровождают другие симптомы неврастении.

В течении болезни могут наблюдаться гипостеническая (когда преобладает астения) и гиперстеническая (когда преобладает раздражительность) формы. Исход неврастении благоприятный, у большинства больных после лечения наступает выздоровление.

### **Диссоциативные (конверсионные) расстройства (Истерический невроз).**

Термин “истерия” употреблялся еще в древности, когда причину истерических проявлений связывали с сексуальными нарушениями. Этот термин происходит от греческого слова *hystera* – матка.

Клиника истерического невроза отличается многообразием симптомов – психических, неврологических, соматических. Лица с истерическим неврозом отличаются повышенной внушаемостью, яркими и лабильными эмоциями. Особенностью истерических нарушений является их демонстративный характер, особая изменчивость, внезапность появления и исчезновения. Симптомы болезни нередко приобретают характер манипуляции окружающими, и при разрешении психотравмирующей ситуации они ослабевают или полностью исчезают. Эти нарушения имеют как бы защитный характер. При истерическом неврозе нередко соматические и неврологические симптомы тесно связаны с содержанием психической травмы. Так, страх заболеть какой-то болезнью, может вызвать у больных «симптомы» этого заболевания. В связи с этим истерию называют великой подражательницей, хамелеоном.

Истерический невроз чаще развивается у лиц художественного типа с признаками психического инфантилизма, эмоциональной незрелостью, впечатлительных, непосредственных. В клинической картине истерического невроза наблюдаются следующие группы симптомов: аффективные, вегетативные, двигательные, сенсорные.

Аффективные нарушения проявляются чрезвычайной лабильностью эмоций, крайней неустойчивостью настроения, бурными эмоциональными реакциями. Больные могут громко рыдать, производя впечатление неутешного горя, и через несколько минут весело смеяться.

Вегетативные нарушения проявляется в виде многообразных «соматических» симптомов: боли в сердце, сердцебиение, обмороки, тошнота, рвота, боли в животе, одышка, «приступы» удушья, ложная беременность и др.

Двигательные расстройства при истерии могут быть в виде гиперкинезов или акинезий. Гиперкинезы имеют характер тиков, тремора головы и конечностей, блефароспазма, глоссолабильного спазма, хореоформных движений, судорожного припадка. Истерический судорожный припадок необходимо дифференцировать с эпилептическим.

<b>Эпилептические пароксизмы</b>	<b>Истерические припадки</b>
Возникают вне связи с внешними факторами	Возникают в психотравмирующей ситуации
Длительность припадка ограничена во времени	Длительность припадка зависит от продолжительности психотравмирующей ситуации
Отмечается выключение или изменение сознания	Сознание ясное или аффективно сужено
В постиктальном периоде чаще всего возникает кома, переходящая в сон	После припадка отмечаются элементы демонстративности и истерический мутизм
Учащение пароксизмов на протяжении заболевания	Частота пароксизмов зависит от психотравмирующих факторов
Судорожные припадки наблюдаются часто	Судорожные припадки наблюдаются редко
У больных формируются эпилептические изменения личности	У больных имеются личностные особенности по невротическому типу
Возможны элементы истероформных проявлений	Истерические симптомы занимают ведущее значение в клинике
Характерные изменения на ЭЭГ	ЭЭГ в пределах физиологической нормы
Купирование пароксизмальных состояний достигается с помощью антиэпилептических средств	Купирование пароксизмальных состояний достигается с помощью психотерапии и транквилизаторов

Истерические гиперкинезы, в отличие от органических, зависят от эмоционального состояния больных, сопровождаются необычными позами, вегетативными симптомами (комк в горле), они исчезают или ослабевают после ликвидации или дезактуализации психотравмирующих воздействий.

Истерические акинезии возникают по типу моно-, геми- и паралегий. Характерны нарушения походки: «астазия-абазия», когда больные не могут стоять и ходить при отсутствии органических нарушений. Некоторые больные жалуются на слабость в руках и ногах, возникающие при волнении, когда ноги становятся «ватными», «тяжелыми», «заплетаются».

Характерным для истерических двигательных расстройств являются несоответствие их топографическому расположению нервных стволов или локализации очага в ЦНС, отсутствие патологических рефлексов, изменений сухожильных рефлексов.

В последнее время редко встречаются афонии, чаще больные жалуются на заикание, затруднения при произнесении некоторых слов.

Сенсорные нарушения представлены расстройством чувствительности и болевых ощущений в различных органах и частях тела. Нарушения кожной чувствительности

имеют различную конфигурацию и расположение, чаще всего они локализируются в области конечностей в виде перчаток, чулок, носок.

Следует отметить, что в связи широкой популяризацией медицинских знаний произошел патоморфоз истерических проявлений. Так, вместо полной потери чувствительности больные жалуются на онемение конечностей, ощущение ползания мурашек, чувство жара в конечностях. При истерическом неврозе больные говорят о своих переживаниях с пафосом, подчеркивают их исключительный характер: боли «ужасные», «непереносимые», ни с чем не сравнимые. В то же время они не тяготятся этими нарушениями, как бы безразличны к ним.

В зарубежной литературе некоторые истерические нарушения называются диссоциативными. Диссоциация - такое состояние, когда на время некоторые психические комплексы приобретают автономию и управляют психическими процессами в отрыве от целостности психической жизни. Это транзиторные нарушения интеграции психических функций. К истерическим расстройствам диссоциативного типа относятся амнезии (F44.0), фуга (F44.1), ступор (F44.2), трансы и состояния одержимости (F44.3), истерические психозы, описание которых будет приведено в главе «реактивные психозы». В клиническом понимании термин «конверсия» (лат. *conversio* - превращение, замена) означает особый патологический механизм, обуславливающий трансформацию психологических конфликтов в соматоневрологические симптомы. Это двигательные, сенсорные и вегетативные симптомы истерического невроза.

Истерические психогенные реакции бывают кратковременными и исчезают без лечения. Однако, возможны и длительная (на протяжении нескольких лет) фиксация болезненных симптомов. В отдельных случаях наблюдается волнообразное течение: после затухания истерических расстройств остается склонность к их возникновению в психологически неблагоприятных ситуациях. При затяжном течении истерических расстройств происходит фиксация конверсионной симптоматики, усугубление характерологических изменений, присоединение стойкой астении, ипохондрических и дистимических расстройств. Недооценка клинического значения симптомов истерии, трактуемых как результат самовнушения или аггравации и симуляции, может привести к неправильному диагностированию и назначению неадекватной терапии.

В отличие от конверсионных истерических симптомов, при симуляции имитирующие заболевание признаки находятся под сознательным контролем и могут быть прерваны симулянтom в любой момент. При истерии сомато-неврологические нарушения развиваются по своим клиническим закономерностям, не в соответствии с желаниями больного.

### **Невроз навязчивых состояний**

это общее название неврозов, проявляющихся навязчивыми страхами (фобиями), навязчивыми мыслями (обсессиями), навязчивыми действиями, тревогой.

В МКБ-10 различные проявления невроза навязчивых состояний кодируется различными знаками: фобические и тревожные расстройства – F 40; агорафобия – F 40.0 (без панических расстройств – F 40.00; с паническими расстройствами – F 40.01); социальные фобии – F 40.1; специфические (изолированные) фобии – F 40.2; другие тревожные расстройства – F 41; обсессивно-компульсивные расстройства – F 42.

В отечественной психиатрии эти состояния традиционно описываются как отдельная форма невроза, т.к. они связаны общим этиологическим фактором (психическая травма), возникают у людей со схожими личностными особенностями симптомы болезни редко встречаются изолировано и сопровождаются характерными для всех неврозов вегетативными расстройствами. Отдельные проявления этого невроза нередко встречаются у пациентов, которые лечатся у врачей общей медицинской практики. Так, распространенность тревожно-фобических расстройств достигает 10-20% в общей медицинской сети, в популяции они встречаются в 5 % случаев. Обсессивно-

компульсивные расстройства в популяции встречаются в 1,5-2% случаев, а в практике психиатров до 1% от всех больных.

Появлению симптомов невроза навязчивых состояний предшествует психическая травма, которая определяет содержание ведущего нарушения. Так, у пациентки, оказавшейся в толпе людей при выходе из метро, появились неприятные ощущения в сердце и страх, что оно может остановиться, в дальнейшем развивается агорофобия.

В начальной стадии болезни самыми частыми является паническое расстройство, определяющее дебют заболевания. Это неожиданно возникающие и быстро нарастающие вегетативные нарушения (ощущения удушья, стеснение в груди, головокружение, сердцебиение, потливость), сопровождающиеся страхом потери сознания, сумасшествия, смерти. Это состояние может продолжаться до 20-30 мин. Вслед за паническими атаками развивается навязчивый страх - фобия, наиболее частыми явлениями агорофобии, социофобии, ипохондрические фобии.

#### **Тревожно-фобические расстройства (F40)**

Проявляются конкретным навязчивым страхом и тревогой, возникающими в определенной ситуации, сопровождающимися вегетативной дисфункцией. В результате эти ситуации или объекты избегаются или переносятся с чувством страха. «Старые» авторы называли эту группу заболеваний «садом греческих корней» с приставкой — фобия, например, клаустрофобия, мизофобия, агорофобия. Поведение больных носит соответствующий характер. Страх при фобиях кондиционален — то есть появляется лишь при определенных условиях и вне этих условий не возникает.

Агорофобия (F40.0) Агога (базарная площадь) и phobia (страх). – боязнь открытых пространств, транспорта, толпы. Провоцируется нарушение поездкой в метро, пребыванием в магазине, толпе, в лифте, в самолете, в театре, кинозале и т.д. Страх сопровождается вегетативными симптомами (сухость во рту, тахикардия, профузный пот, тремор), торако – абдоминальными симптомами (одышка, удушье, боли в груди, тошнота, дискомфорт в желудочно-кишечном тракте), психическими симптомами (дереализация, деперсонализация, страх потерять над собой контроль). Больные стараются избегать ситуаций, когда они могут остаться без сопровождения близкого человека в местах, откуда им трудно выйти самостоятельно. Некоторые пациенты не выходят из дому, боясь повторений приступов страха, это нарушает их жизненный стереотип и социальную адаптацию, иногда они отказываются от любой деятельности вне дома.

Социальные фобии (F40.1) – страх оказаться в центре внимания, появление замешательства и стыда в присутствии окружающих. Социальные фобии манифестируют обычно в подростковом и юношеском возрасте и провоцируются особыми ситуациями в школе – это ответ у доски, экзамен; необходимость выступить на сцене, а также необходимость контактировать с учителями, воспитателями, лицами противоположного пола. Общение с близкими страха не вызывает. Больные боятся ситуаций, когда им нужно совершить какое-либо действие в присутствии посторонних, предполагается отрицательная оценка этих действий. Они стараются не посещать вечеринки, боятся говорить, есть, писать, пользоваться общественным туалетом в присутствии посторонних. Пациенты опасаются, что окружающие заметят этот страх и будут насмехаться над ними. При этом отношение к страху всегда критическое, но избавиться от него не могут, что приводит к заниженной самооценке. Социальные фобии часто сопровождаются другими психическими расстройствами: тревогой, другими фобиями, аффективной патологией, алкоголизмом, расстройством пищевого поведения. Выделяют две группы социальных фобий: изолированные и генерализованные. Изолированные социальные фобии – это страх невыполнения на людях привычных действий и избегание конкретных ситуаций. Затруднений общения вне этих ситуаций не возникает. Одной из форм изолированной социальной фобии является страх покраснеть, проявить неловкость, замешательство в общении (эрейтофобия). Опасаясь, что окружающие заметят это, пациенты на людях застенчивы, часто смущаются. При генерализованных социальных фобиях, наряду со

страхом, появляются идеи малоценности, отношения. Эти нарушения чаще всего возникают при синдроме скоптофобии – боязнь казаться смешным, обнаружить на людях свою ущербность. Больные испытывают чувство стыда, которое не обусловлено реальными фактами, но определяет их поведение (избегание контактов с людьми).

Ипохондрические фобии (нозофобии) – навязчивый страх тяжелого заболевания. Чаще всего наблюдаются кардио-, канцеро-, сифило-, СПИДО-, инсультофобии. Эти больные нередко обращают к различным врачам, требуя обследования. Усилия больных направлены на ликвидацию условий возникновения страха и панических атак. Они разрабатывают комплекс охранительных и приспособительных мер: переезд в экологически чистый район, смена работы. Формируются определенные ипохондрические установки: ограничение контактов, щадящий образ жизни, отказы от некоторых видов деятельности.

Специфические (изолированные) фобии (F40.2) – Развиваются в детстве или подростковом возрасте.

фобии ограничены строго определенной ситуацией: находиться рядом с каким-то животным, высоты, грозы, тошноты, стоматологических манипуляций. Соприкосновение с предметом страха вызывает тревогу, поэтому для этих больных характерно избегание фобических ситуаций или объекта. Кроме навязчивых страхов, при неврозе навязчивости наблюдаются obsessions (навязчивые мысли) и импульсии (навязчивые действия).

Навязчивые мысли возникают помимо воли больного, воспринимаются им как чуждые, абсурдные, он пытается им противостоять. Obsessions чаще бывают в виде сомнений, контрастных навязчивостей, навязчивого страха загрязнения. При навязчивых сомнениях больных преследуют мысли о правильности принятых решений и действий. Пациенты постоянно пытаются вспомнить закрыли ли они дверь, выключили ли газ, электричество, закручены ли водопроводные краны. Эти сомнения преследуют больного при выполнении служебных обязанностей: правильно ли он оформил бумаги, выполнил распоряжения начальника, записал номер телефона и т.д. Эта неуверенность заставляет тратить много времени на проверки. Навязчивая медлительность является тяжелым препятствием любой повседневной деятельности, растягивая на часы самые простые действия: одевание, прием пищи, бритье. Часто наблюдаются навязчивый счет, повторения, педантизм, повышенная тщательность, развиваются различные ритуалы счета, «хороших» и «плохих» чисел. Чрезвычайно неприятными являются контрастные навязчивости, когда у больных появляется непреодолимое влечение совершить действие или произнести фразу, противоречащую их собственным установкам и общепринятой морали. Например, произносить нецензурные слова, нанести увечье своим близким, детям. Эти мысли вызывают страх потери контроля над собой и возможного совершения опасных для других и для самого себя действий. Больные просят близких прятать ножи, вилки, топоры. Навязчивые мысли сопровождаются чувством чуждости, яркой аффективной насыщенностью, они чужды содержанию мыслей и сочетаются с навязчивыми влечениями и действиями. Нередко у больных бывают навязчивые мысли и страх загрязнения – мизофобия. Они боятся загрязнения пылью, мочой, землей, нечистотами, а также проникновение в организм ядовитых веществ, микроорганизмов. Чтобы избежать этого, больные тщательно соблюдают личную гигиену: часто моют руки, меняют белье, делают ежедневно уборку в квартире, тщательно обрабатывают пищевые продукты. Больные прибегают к различным способам защиты, некоторые редко покидают пределы своей квартиры, не допускают к себе даже родственников, боясь соприкосновения с грязью или ядовитыми веществами. Навязчивые сомнения сопровождаются частой проверкой своих действий.

Навязчивые действия почти не встречаются изолированно. Они иногда бывают в виде изолированных, моносимптомных двигательных расстройств, чаще – тиков. Больные трясут головой, двигают руками, моргают глазами. В зависимости от структурных особенностей обсессивного синдрома выделяют категории: F42.0 – навязчивые мысли,

умственная жвачка; F42.1 – преимущественно компульсивные действия, обсессивные ритуалы; F42.1 - смешанные навязчивые мысли и действия. Невроз навязчивости протекает хронически. Редко наблюдается выздоровление. В случаях мономорфных проявлений может быть длительная стабилизация, при этом постепенно происходит редукция психопатологических симптомов и социальная реадаптация. Наиболее резистентны к терапии фобии заражения, загрязнения, острых предметов, контрастные обсессии, многочисленные ритуалы. У этих больных часты рецидивы болезненных проявлений и есть риск формирования резидуальных расстройств.

### **Обсессивно-компульсивное расстройство (F42)**

Жалобы на повторяющиеся тягостные стереотипные, навязчивые (обсессивные) мысли, образы или влечения, воспринимающиеся как бессмысленные, которые в стереотипной форме вновь и вновь приходят на ум больному и вызывают безуспешную попытку сопротивления. Компульсивные действия или ритуалы представляют собой повторяющиеся вновь и вновь стереотипные поступки, смысл которых заключается в предотвращении каких-либо объективно маловероятных событий. Обсессии и компульсии переживаются как чужеродные, абсурдные и иррациональные. Пациент страдает от них и им сопротивляется. Наиболее часто встречается навязчивый страх загрязнения (мизофобия), который сопровождается многочасовым мытьем; навязчивые сомнения, сопровождающиеся компульсивными проверками (закрывается ли дверь, выключен ли газ), и навязчивая медлительность, при которой обсессии и компульсии объединены и пациент очень медленно выполняет повседневные дела.

#### **Преимущественно навязчивые мысли или размышления (умственная жвачка) (F42.0)**

Субъективно неприятные, бесполезные идеи, страхи, образы, философские рассуждения по малозначительным альтернативам, не приводящие к решениям. З. Фрейд описал синдром «крысиного человека» как страх перед острыми предметами и особенно бритвы у пациента, который вытеснил агрессивное представление по отношению к близким фантазией о китайской пытке с помощью крысы, которую запускали в анальное отверстие субъекту пытки.

#### **Преимущественно компульсивные действия (обсессивные ритуалы) (F42.1)**

Навязчивые действия, касающиеся непрерывного контроля за предотвращением потенциально опасной ситуации или за порядком и аккуратностью. В основе — страх (например, страх загрязнения, приводящий к навязчивому мытью рук). Компульсивные ритуальные действия могут ежедневно занимать помногу часов в день и сочетаются с нерешительностью и медлительностью. Часто сочетаются в равной степени как нарушения мышления, так и поведения, в таком случае диагностируют смешанные обсессивные мысли и действия (F44.2).

В МКБ-10 выделяются в отдельную группу «другие тревожные расстройства» F41.

#### **Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога) – F41.0**

Панические приступы протекают также как и при агорафобии. Быстро формируется страх ожидания повторных приступов, которые больные пытаются скрыть. Приступы панические часто возникают спонтанно вне связи с ситуациями опасными или угрожающими жизни. Тревога появляется внезапно, достигает максимума за несколько минут, сопровождается вегетативными расстройствами. Если в течение месяца наблюдается 4 приступа, то это паническое расстройство средней тяжести – F41.00, если до 4-х приступов в неделю, то это тяжелое паническое расстройство - F41.01

Генерализованное тревожное расстройство F41.1 Часто сочетается с другими невротическими состояниями. Наблюдается в 2-5% в популяции, у женщин в 2 раза чаще, чем у мужчин. Клинически расстройство проявляется стойкой тревогой, нередко бессодержательной, сопровождающейся чувством внутреннего напряжения и вегетативными симптомами, интенсивность которых меньше, чем при паническом

расстройстве. Больные испытывают внутреннюю дрожь, они боязливы, во всех делах предусматривают худший исход. Пациенты нетерпеливы, раздражительны, суевливы. Они обычно не расценивают болезненные симптомы как психические, поэтому к психиатру обращаются редко, большая их часть ищут помощи у врачей-интернистов.

Смешанное тревожное и депрессивное расстройство F41.2. Состояния, при которых депрессивный и тревожный компоненты выражены недостаточно и ни один из них не доминирует над другим. Эти нарушения сопровождаются вегетативными расстройствами и возникают в психогенных ситуациях.

### **Соматоформные расстройства. (F45)**

Среди клинических проявлений у больных невротами, которые обращаются за помощью к интернистам, доминируют соматизированные симптомы. Своевременная диагностика психических нарушений с «соматическими» масками имеет большое значение, так как пациенты с соматоформными расстройствами составляют до 25% всех больных общесоматической практики, точные данные о распространенности в популяции отсутствуют, на их лечение расходуется около 20% всех средств учреждений здравоохранения. Однако направление на консультацию психиатра или психотерапевта получают только 19% больных из числа тех, кто в ней нуждается, а среднее запаздывание с таким направлением составляет около 8-9 лет.

Соматизированные расстройства встречаются чаще у женщин, среди которых заболеваемость составляет 1-2%. Ипохондрическое расстройство среди больных общесоматической практики составляет от 3 до 14%, гендерных различий и семейных случаев не наблюдается. Хроническое соматоформное болевое расстройство также чаще встречается у женщин; соотношения с мужчинами составляет 2:1.

Этиология и патогенез Рубрика "соматоформное расстройство" фактически является невротическими, соматизированными пограничными психическими расстройствами. В этиопатогенезе соматоформных расстройств, как и невротозов, ведущую роль играют психогенные факторы - внутриличностные и микросоциальные конфликты, однако при соматоформных расстройствах больные неохотно обсуждают психологические проблемы. Наряду с этим предполагается наличие нейропсихологической основы, генетической склонности. По мнению ряда авторов, "соматизации" психических нарушений способствует алекситимия (неспособность человека выражать свои душевные переживания, затруднения в вербальном и символическом выражении эмоций). Черты алекситимии характерны также для пациентов, которые страдают «классическими» психосоматическими заболеваниями. Алекситимия характеризуется наличием трудности в распознавании и описании собственных чувств, сниженной способностью к символизации и фантазированию, сосредоточенностью в большей степени на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях.

Классификация клинических проявлений Психические заболевания, которые проявляются преимущественно разными „псевдосоматическими” расстройствами, традиционно в отечественной психиатрии описывали в рамках неврастении, истерии, ипохондрии. При этом соматовегетативные симптомы считают одним из обязательных признаков невротических расстройств любого типа.

В последнее время в структуре непсихотических психических заболеваний стремительно увеличивается удельный вес расстройств с преимуществом соматических жалоб, преимущественно телесным выражением психических нарушений. Введение в МКБ-10 диагностической категории «соматоформные расстройства» отвечает этим тенденциям.

В МКБ-10 соматоформные расстройства определяются как группа психопатологических нарушений, главным признаком которых является повторяемое возникновение физических симптомов наряду с постоянными требованиями медицинских обследований вопреки отрицательным результатам, которые подтверждаются, и заверением врачей об отсутствии физической основы для симптоматики.

К соматоформным расстройствам отнесенные такие подгруппы:

1. соматизированное расстройство - F 45.0,
2. недифференцированное соматоформное расстройство - F45.1,
3. ипохондрическое расстройство - F 45.2,
4. соматоформная вегетативная дисфункция - F 45.C,
5. хроническое соматоформное болевое расстройство - F 45.4.

Соматизированное расстройство. Клиническую картину составляют большое множество стойких и изменяемых соматических симптомов, которые существуют не менее двух лет, при отсутствии соматических заболеваний, которые могли бы эти симптомы объяснить. Симптомы могут относиться к любой части тела или системы, чаще всего - желудочно-кишечной (боль, дурнота, отрыжка, рвота, понос, регургитация, метеоризм), кожные (зуд, жжение, болезненность, онемение, покалывание), сердечно-сосудистые (боли, одышка), мочеполовые (дизурия, гениталгии, выделения). Внимание больных фиксировано на этих симптомах, к врачам обращаются с просьбой о лечении. Наблюдается частая коморбидность с тревогой и депрессией, злоупотреблением психоактивными веществами.

Ипохондрическое расстройство. Проявляется наличием постоянных идей (небредовых) о существовании одного или более тяжелых соматических заболеваний, при котором нормальные, обычные ощущения интерпретируются как аномальные и болезненные. Больные постоянно предъявляют соматические жалобы, причем внимание обычно фокусируется на одном или двух органах или системах организма. Больной может назвать предполагаемое соматическое заболевание, эта мысль может изменяться от одного заболевания к другому. Указанные идеи сохраняются, несмотря на то, что не выявлено адекватное соматическое объяснение имеющимся жалобам. В отличие от соматизированного расстройства, для больных важнее сами заболевания и его следствия, чем отдельные симптомы, к врачам обращаются преимущественно с целью диагностики.

Соматоформная вегетативная дисфункция. Жалобы больного постоянно относятся к одной из систем, которая находится под влиянием вегетативной регуляции (сердечно-сосудистая, дыхательная или пищеварительная). Симптомы не указывают на физическое расстройство органа или системы, а отражают объективные признаки вегетативного нарушения (сердцебиение, одышка, икота и др.) или являются субъективными и неспецифическими (преходящие боли, жжение, тяжесть, распирающие и др.). В зависимости от органа и системы, которые рассматриваются больным как источник симптоматики, выделяют отдельные расстройства этой группы с соответствующим кодированием пятым знаком:

Сердце и сердечно-сосудистая система (F45.30): невроз сердца, синдром Да Коста, нейроциркуляторная дистония.

Верхний отдел желудочно-кишечного тракта (F45.31): невроз желудка, психогенная аэроагия, икота, диспепсия, пилороспазм.

Нижний отдел желудочно-кишечного тракта (F45.32): психогенный метеоризм, синдром раздраженного кишечника, синдром газовой диареи.

Дыхательная система (F45.33): психогенные формы кашля и одышки.

Мочеполовая система (F45.34): психогенная дизурия, повышение частоты мочеиспускания.

Хроническое соматоформное болевое расстройство. Жалобы на постоянную боль, которая не может быть полностью объяснена физиологическим процессом или соматическим расстройством. Возникает на фоне психоэмоционального конфликта, имеет значение вторичная выгода от симптома – усиление внимания и поддержки со стороны близких и врачей. Исключаются боли психогенного происхождения при других психических расстройствах (например, при депрессии), а также возникающие согласно известных патофизиологических механизмов (боль мышечного напряжения, мигрень). Начало соматизированного расстройства чаще в молодом возрасте. Хроническое соматоформное болевое расстройство чаще начинается в возрасте старше 45 лет. Течение соматоформных расстройств, как правило, хроническое, флюктуирующее.

### **Особенности невротических расстройств у детей**

Системные (моносимптомные) невроты Клинические проявления невротозов у детей зависит от возраста заболевших. Как правило, невроты у детей моносимптомные, при них чаще поражаются те системы, которые ослаблены болезнью или ещё недостаточно сформированы. Клиника детских невротозов проявляется в основном соматовегетативными симптомами и нарушением поведения. Невроты у детей – заболевание формирующейся личности, затрагивающее ее значимые аспекты, систему ее отношений. Возникают по механизму условных рефлексов чаще не остро, а в течение более или менее длительного времени. К системным невротозам относится энурез, энкопроз, заикание, тики, анорексия, невротическая привычная рвота, срыгивания у грудных детей, невротический кашель. Одной из особенностей детских невротозов является то, что пусковым механизмом для них редко является острая психическая травма. Чаще имеют место длительные неблагоприятные психологические внешние воздействия, которые не всегда оцениваются как негативные взрослыми. Например, если уход за ребенком осуществляется не матерью, а другими людьми. Маленькие дети не могут рационально оценить ситуацию, однако эмоционально на нее реагируют. В раннем детском возрасте наблюдаются расстройство питания F98.2, которое проявляется анорексией или в периодических срыгиваниях пищи с ее последующим пережевыванием и глотанием. Обычно такие нарушения развиваются при переходе ребенка к самостоятельному кормлению, когда прием пищи происходит в новом для ребенка положении - сидя, с помощью непривычных для него столовых приборов (тарелки, ложки, чашки). Если при этом мать (или кто-то, кто кормит ребенка) проявляет нетерпение, наказывает ребенка, то у него вырабатывается отрицательный условный рефлекс на процесс кормления. Кроме того, отказ от еды может быть обусловлен ожогом пиццей, насильственным кормлением. Дети отказываются либо от любой пищи, либо избирательно. Кормление ребенка сопровождается капризностью, снижением настроения, плаксивостью, иногда рвотой.

Особенности возрастных кризов проявляется в клинике детских невротозов.

В раннем детском возрасте преобладает соматовегетативная симптоматика (пугливость, плаксивость, нарушение сна, функций желудочно – кишечного тракта, дети боятся новых игрушек, новых людей и т.д.). Нарушение поведения появляется в период первого возрастного криза (2 – 4 года) в виде пассивных реакций протеста (энурез, энкопроз, запор, мутизм) или активных (агрессия, гневливость). К 2-му возрастному кризу (6 – 8 лет) невротические проявления становятся всё более разнообразными, в этом возрасте уже возникают системные невроты: энурез, заикание, тики, страх посещения школы, непослушание, склонность к дракам. В препубертатном возрасте реакции протеста выражаются в уходах из дому, школы. В пубертатном возрасте меньше выражена соматовегетативная симптоматика. Чаще развивается ипохондрические состояния, дисморфофобии, нервная анорексия и булимия, разные формы имитационного поведения (подражание взрослым).

У детей младшего возраста иногда развивается невротическая привычная рвота, она обычно связана с анорексией и отказом от глотания густой и твердой пищи. Это психогенная реакция на какое-то неприятное переживание во время еды.

Поедание несъедобного (пика) в детском возрасте F98.3 Это расстройство развивается в возрасте 1-6 лет, нередко у детей с тяжелой степенью олигофрении. Матери таких детей не заботятся о них, эмоционально холодны, незрелы. Дети чаще едят куски штукатурки, тряпки, волосы, камни, бумагу, песок, глину, растения, что может привести к тяжелым осложнениям (интоксикации, глистная инвазия, кишечная непроходимость). В период, когда формируются навыки опрятности, развивается энурез и энкопроз. Невротический энурез (F98.0) возникает после острой или затяжной психической травмы, у 7% мальчиков и 3% девочек в возрасте 4-5 лет. Энурез наблюдается чаще ночью, сочетается с нарушением сна, эмоциональной лабильностью, плаксивостью, зависит от обстановки, в

которой находится ребенок. При затяжном течении невроза ребенок болезненно переживает свой дефект, у него появляется страх и тревожное ожидание ночи, что приводит к нарушению засыпания и тревожному сну.

Невротический энкопрез – произвольное или непроизвольное выделение кала, обусловленное психогенно (это длительная конфликтная ситуация в семье, чрезмерно строгое воспитание, появление в семье второго ребенка). Дети не испытывают позывов к дефекации, а узнают о выделении кала по запаху или обнаружением на белье. Они болезненно переживают это, стыдятся родителей, других детей, прячут от родителей испачканное белье, становятся плаксивыми, раздражительными, настроение у них снижено.

Невротические тики (F95) встречается чаще у детей школьного возраста (7-11 лет). Проявляется внезапными, быстрыми, повторяемыми стереотипными движениями: мигание, подергивание плечами, головой, движения лицевой мускулатуры, языка, шеи, нижней челюсти, покашливание, реже – движение конечностей и туловища. Вначале тики возникают в стрессовых ситуациях, в дальнейшем могут фиксироваться.

Невротическое заикание F98.5 Это нарушение ритма, темпа и плавности речи, связанное с судорожной возбудимостью мышц речевого аппарата. Сопровождается нарушением речевого дыхания и коммуникативной функции речи. Частота 1,5-5%, начинается чаще в возрасте 2-4 года. В младшем возрасте заикание возникает либо в связи с испугом, либо при разлуке с родителями. Расстройство развивается постепенно, причем эпизоды заикания чередуются с периодами нормальной речи. В начальных классах школы заикание становится постоянным. У некоторых детей оно не проявляется при пении, декламации, обращении к животным или неодушевленным предметам. Дети нередко совершают при разговоре вспомогательные движения в мышцах лица, шеи, конечностей (т.н. речевые «уловки»). В подростковом возрасте заикание обычно усиливается в разговоре с незнакомыми, выступлением перед классом, разговоре по телефону. До 80% случаев исход благоприятный со спонтанным выздоровлением. При неблагоприятном течении формируется логоневроз.

Элективный мутизм F94.0 Наиболее редкое нарушение детского возраста, среди больных преобладают девочки. Развивается либо после острых, либо чаще хронических психических травм. Родители таких детей отличаются различными личностными особенностями и нередко молчаливо выражают свое недовольство. Такие дети не разговаривают в школе или на улице, дома же используют речь в общении с близкими. Появляются нарушения чаще в начале обучения, в школе и сопровождается повышенной застенчивостью, робостью перед посторонними. Иногда мутизм проявляется только на отдельных уроках, нередко после нетактичных замечаний преподавателя в адрес ребенка, сопровождавшихся смехом всего класса. Продолжительность нарушения несколько месяцев, иногда расстройство может фиксироваться и продолжаться несколько лет.

Патологически привычные действия F98.8 Это привычные зафиксированные действия у детей младшего возраста: сосание пальцев и языка (хейломания), обкусывание ногтей (онихофагия). Наиболее характерные для детей младшего школьного возраста и усиливающиеся при волнении: навязчивое стремление выдергивать волосы на голове, брови, ресницы – трихотиломания; ритмичные произвольные раскачивания головой и телом – яктация – наблюдается у маленьких детей перед засыпанием. Патологические привычные действия наблюдаются при эмоциональном напряжении у тревожных и возбудимых детей как условнорефлекторные приемы уменьшающие тревогу.

Невроз страха У больных возникает сверхценные страхи, содержание которых зависит от возраста ребенка и конкретной психотравмирующей ситуации. У детей 3-6 лет это страхи животных, персонажей сказок, фильмов, темноты, различных образов, используемых взрослыми для запугивания («Баба Яга», «Бармалей», «ужастики» и др). У детей младшего школьного возраста возникает страх перед школой, когда учитель несправедливо ругал или наказывал ребенка. Такие дети уходят из школы, гуляют по

улицам. Они жалуются на усталость, головную боль, тошноту. Некоторые дети, опасаясь наказания, убегают из дому, бродяжничают. В возрасте 6-8 лет наблюдается страх темноты, одиночества, разлуки с родными. У подростков страхи связаны с опасениями за собственную жизнь, возможность смерти.

Депрессивный невроз у дошкольников проявляется вегетативными расстройствами, тревогой, страхом, нарушением поведения, сна, аппетита, похудением. В этом возрасте психотравмирующими факторами являются разлука с родителями, потеря родителей. В младшем и среднем школьном возрасте психотравмирующее влияние оказывают неуспеваемость в школе, которая резко осуждается родителями. У этих детей появляются вялость, слабость, раздражительность, в более старшем возрасте – грусть. У детей депрессивный невроз кратковременен, в отдельных случаях происходит невротическое развитие личности.

Неврастения у детей характеризуется слабостью, раздражительностью, вегетативными и моторными нарушениями (неусидчивость, двигательная расторможенность, невозможность длительное время находится в одном положении). В ряде случаев в клинической картине неврастении у детей преобладают соматовегетативные расстройства (тошнота, рвота, анорексия, кашель, обмороки, неприятные ощущения в области сердца и др.)

Истерический невроз у детей проявляется сенсомоторными и вегетативными расстройствами: задержка мочи, речи, нарушения сна, сердцебиение, обмороки, головокружения, одышка. Нарушения чувствительности редки, иногда ребенок не может стоять и ходить при возможности двигать ногами в лежачем положении. Нередки параличи, гиперкинезы, тремор, припадки, судорожное глотание, приступы удушья, мутизм, афония, спазмы желудка, мочевого пузыря, кишечника. В младшем возрасте в ответ на запреты или наказание возникают припадки с двигательным возбуждением: дети падают на пол, кричат, дрыгают ногами. Таким образом детская истерия характеризуется моносимптомностью, грубостью и изменчивостью болезненных признаков.

Невроз навязчивых состояний у детей развивается в 2-х вариантах: фобический и обсессивный. Обсессивный невроз характеризуется различными навязчивыми действиями: тики, подергивания с критической их оценкой. У школьников появляются двигательные ритуалы как защитная реакция при навязчивых страхах и опасениях, например, многократное мытье рук при страхе заражения, обкусывание ногтей, сосание пальцев, счёт и более сложные защитные ритуалы. Иногда ритуалы имеют насильственный характер. Чтобы предотвратить ожидающую опасность, больной совершает различные действия. Фобический вариант невроза у школьников проявляется страхом загрязнения, острых предметов, тревогой за здоровье родителей. Нередки страхи устной речи, своей смерти или смерти родителей, закрытых дверей, покраснение. У старших детей появляется страх заболеть какой-нибудь болезнью: канцерофобия, кардиофобия, а навязчивые мысли, воспоминание, сомнения встречаются реже. Невроз навязчивостей развивается чаще у детей мнительных, тревожных он начинается постепенно, через некоторое время после психической травмы.

## **ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

**Психосоматическая медицина** освещает роль стресса в патогенезе соматических заболеваний, связь патохарактерологических и поведенческих особенностей с чувствительностью или устойчивостью к определенным соматическим заболеваниям, зависимость реакции на болезнь («поведения» в болезни) от типа личностного склада, влияние некоторых методов лечения (хирургические вмешательства, гемодиализ и т.п.) на психическое состояние (А.Б.Смулевич, 2001).

**Психосоматические расстройства (ПСР)** представляют собой соматические болезни, в патогенезе которых присутствует значимый психопатологический компонент –

когда внутриличностный психологический конфликт не выражается нарушениями поведения или другими психопатологическими симптомами, а проявляется соматическими эквивалентами и очень быстро трансформируется в соматические заболевания.

Психосоматические расстройства – группа болезненных состояний, проявляющихся экацербацией соматической патологии, формированием общих, возникающих при взаимодействии соматических и психических факторов симптомокомплексов – соматизированных психических нарушений, психических расстройств, отражающих реакцию на соматическое заболевание.

Психосоматические расстройства возникают вслед за значимых психотравмирующих событий у лиц с определенными личностными профилями. Авторы констатируют, что психотравмирующие события являются лишь одной из составляющих патогенеза психосоматических расстройств.

Выдвигается и точка зрения, в соответствии с которой предрасположение к психосоматической патологии носит более универсальный характер. В МКБ-10 психосоматические расстройства классифицируются в следующих разделах: «Органические, включая симптоматические, психические расстройства» (рубрики F04-F07, соответствующие реакциям экзогенного типа К.Вонхoffer), «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (рубрики F44.4-F44.7, соответствующие психогениям, и F45 – соматоформные расстройства), а также «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами» (рубрики F50-F53).

К основным психосоматическим расстройствам (рубрика F54 – психологические и поведенческие расстройства, связанные с расстройствами или заболеваниями, классифицированными в других разделах) вне зависимости от возраста относятся:

- ✓ гипертоническая болезнь
- ✓ синдром артериальной гипотензии
- ✓ ишемическая болезнь сердца
- ✓ язвенная болезнь желудка
- ✓ неспецифический язвенный колит
- ✓ тиреотоксикоз
- ✓ сахарный диабет
- ✓ хронический полиартрит
- ✓ бронхиальная астма
- ✓ дерматиты
- ✓ синдром хронической боли.

В психиатрии выделяются многочисленные психопатологические расстройства, сопровождающиеся выраженными соматическими дисфункциями и требующие психофармакологического и психотерапевтического вмешательства.

### **Механизм развития психосоматических расстройств у детей и подростков**

Психогенез психосоматических расстройств у подростков более сложен в виду чрезмерной уязвимости пубертатного периода. В ответ на психотравмирующие обстоятельства у подростков появляются разнообразные психосоматические симптомы и синдромы, являясь предикторами психосоматических заболеваний (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, бронхиальная астма и др.).

Возрастной фактор как фактор патогенеза (Ковалев В.В., 1979) в значительной мере определяет не только характер преимущественных психических симптомов, но и клиническую форму многих психосоматических заболеваний.

В пре - и в пубертатном возрасте проявляется преимущественно эмоционально-идеаторный уровень реагирования. Основная черта, свойственная психическим

расстройствам данного уровня – возникновение на их основе сверхценных образований. К психопатологическим проявлениям этого уровня относится большая часть состояний из группы «патологических реакций пубертатного периода» (Сухарева Г.Е., 1959), включая психогенные патохарактериологические реакции (протеста, эмансипации и др.), сверхценный ипохондрический синдром, синдром дисморфофобии, нервной и психической анорексии.

Преобладание психических расстройств, свойственных онтогенетически более ранним уровням у детей и подростков старшего возраста, свидетельствует об общей или парциальной задержке психического развития. Примером могут служить доминирование таких расстройств, как рвота, нарушение аппетита, энурез, тики в клинической картине психических заболеваний подросткового возраста.

Многочисленные исследования подтверждают, что общим для психосоматических и невротических расстройств является наличие психотравм и конфликтов.

Психосоматические расстройства связаны с воздействием переживаний и психологических противоречий на мозговые образования, которые обеспечивают деятельность органов и систем. Конфликты у детей возникают при переходе от двухперсональной связи «мать - дитя» к трехперсональной связи «мать – отец - ребенок». При этом выделены два типа конфликтов (Павлюк П.Н., 2000):

- зависимость-независимость,
- близость-дистанцирование.

В возникновении базисных конфликтов выделяют 4 психодинамических фактора, которые определяют психосоматическое расстройство:

1. Эмоциональная недостаточность.
2. Нарциссическая дисрегуляция.
3. Фрустрационная агрессия.
4. Депрессия.

Психические механизмы, действующие на бессознательном уровне, которые обеспечивают лучшее приспособление в различных ситуациях, способствуют устранению тревоги и улучшению самочувствия, восстановлению и повышению самооценки, улучшению взаимоотношений, смене мотивов и более сообразному поведению, можно назвать **механизмами интрапсихической адаптации**.

Развитие адаптационного синдрома отражает механизм взаимовлияния расстройств психического и соматического регулирования: в ответ на действие психогенного стрессора резко повышается уровень тревоги, включается напряженное функционирование гипоталамо-гипофизарно-супраренальной системы с эффекторной реализацией гипердренемии и гиперкортизолемии. Развертывание адаптационного синдрома влечет за собой бессознательную актуализацию индивидуальной психологической защиты и преодолевающего поведения.

Различают следующие варианты психологических защитных механизмов.

**Вытеснение** – проявляется в забывании, игнорировании очевидных фактов неправильного поведения или симптомов болезни, вплоть до полного ее непризнания. Наиболее ярко вытеснение проявляется при истерических расстройствах – больной часто не помнит наиболее неприятные и тяжелые для него события.

**Гиперкомпенсация** – стремление к достижению успеха и чувства значимости именно в той области, которая до сих пор была наиболее трудной.

**Доминирующие или сверхценные идеи** – убеждения, которые принимаются как самые важные в жизни. Они служат мотивационным стимулом к достижению какой-то определенной цели.

**Идентификация** – достижение внутреннего психического успокоения путем сопоставления, идентификации себя с кем-либо другим.

**Компенсация** – основана на стремлении к достижению успеха в какой-то области и, таким образом, к компенсации неудач в другой области, вызванных, например, недостаточными физическими способностями, отсутствием дарований, дефектом речи.

**Проекция** – приписывание другим своих неблагоприятных черт характера. Такой механизм личностной защиты наиболее часто отличается у пациентов с пограничной психической патологией.

**Рационализация** – стремление к самооправданию, поиск причин и мотивов своих поступков во внешней среде.

**Фантазирование** – проявляется в виде воображения исполнения неосуществимых желаний или успешного разрешения какой-то тягостной ситуации, в идентификации себя с каким-то литературным или былинным героем.

В патогенезе психосоматических заболеваний в последние годы признается ведущая роль феномена алекситимии.

**Алекситимия** – это социально-личностный конфликт, характерный для лидеров. Большие возможности реализации своих желаний сочетаются чаще всего с высоким уровнем озабоченности, занятости. При этом возникает приоритет возможностей над желанием. Это когда, несмотря на доступность выполнения любых желаний, они не реализуются, оставаясь в памяти и в зоне внутреннего конфликта.

Такие феномены как фрустрация, раздражительность, «необъяснимые» недуги возникают вслед за нарушением душевного и телесного равновесия. **В соматической сфере** развиваются:

- ✓ нейроциркуляторная дистония,
- ✓ язвенная болезнь или гастрит,
- ✓ гипертоническая болезнь,
- ✓ сахарный диабет,
- ✓ другие психосоматические расстройства.

Для подростков с алекситимией характерно:

- ✓ затруднения в передаче психологического дискомфорта,
- ✓ сложность в описании своих переживаний,
- ✓ сложность и противоречивость внутреннего конфликта.

В эмоциональной сфере обнаруживаются:

- ✓ недифференцированность эмоционального состояния
- ✓ чрезмерный прагматизм
- ✓ дефицит творческого отношения к жизни
- ✓ трудности и конфликты в межличностных отношениях
- ✓ легкость возникновения аффективных срывов.

В когнитивной сфере – недостаточность, проявляющаяся в:

- ✓ доминирование наглядно-действительного мышления над абстрактно-логическим мышлением
- ✓ слабости символизации и категоризации
- ✓ ригидности мышления
- ✓ примитивности жизненной направленности с инфантильностью личностного профиля.

В литературе феномен социально-личностного конфликта – алекситимии – характеризуется:

- ✓ бедностью языка в самоописании и общении;
- ✓ малой представленностью в настоящем событий прошлой жизни;
- ✓ невозможностью адекватного прогноза собственной деятельности;
- ✓ недостаточной инициативой и активностью в поиске средств;
- ✓ зависимостью от близкого человека при совместном выполнении заданий;
- ✓ неустойчивостью и недифференцированностью самооценки;
- ✓ неопределенностью или полным отсутствием перспективы будущего;
- ✓ связью феномена алекситимии с особенностями психологической саморегуляции.

Выделяют следующие уровни саморегуляции (Николаева В.В., 1993):

- ✓ психический
- ✓ операционально-технический
- ✓ личностно-мотивационный.

**Психический** уровень саморегуляции способствует поддержанию оптимальной психической активности, необходимой для деятельности человека.

**Операционально-технический** уровень саморегуляции обеспечивает сознательную организацию и коррекцию действий субъекта.

**Личностно-мотивационный** уровень саморегуляции обеспечивает осознание мотивов собственной деятельности, управление мотивационно-потребностной сферой (Братусь Б.С., 1981; Василюк Ф.Е., 1984; Зейгарник Б.В., 1981; Зейгарник Б.В. и соавт., 1989).

Описанный в литературе «смысловой барьер» (недостаточность сформированности саморегуляций) (Вульф Э., 1992) стабилизирует и хронизирует негативную эмоцию и сопровождающие ее телесные сдвиги, являясь источником возникновения стойких соматических изменений в организме. Происходит трансформация психосоматических расстройств в соматопсихические.

Острые хронические соматические заболевания глубоко переживаются подростками, приводя к заострению преморбидных черт, а в ряде случаев, особенно при церебральной патологии – к качественным изменениям личности, формируя соматопсихические расстройства и неврозоподобные расстройства.

В происхождении психосоматических нарушений у детей и подростков Д.Н.Исаев (1996) выделяет ряд факторов, которые формируют повышенную чувствительность ребенка к эмоциональным стрессам, затрудняют психологическую и биологическую защиту, облегчают возникновение и утяжеление течения соматических расстройств. Среди них:

- ✓ неспецифическая наследственность и врожденная отягощенность соматическими нарушениями и дефектами;
- ✓ наследственная предрасположенность к психосоматическим расстройствам;
- ✓ нейродинамические сдвиги (нарушения деятельности ЦНС);
- ✓ личностные особенности;
- ✓ психическое и физическое состояния ребенка в момент психотравмирующих событий;
- ✓ неблагоприятный фон семейных и других социальных факторов;
- ✓ особенности психотравмирующих событий.

Выделена роль специфичности психологического конфликта и значение неспецифического психологического конфликта, эмоционального стресса в развертывании определенного психосоматического заболевания (Вейн А.М., 2000):

1) Наследственное предрасположение, доказанное для таких заболеваний как гипертоническая болезнь, сахарный диабет, мигрень;

2) Значение раннего онтогенеза натального периода, ранних условий воспитания, условий физиологического и равномерного созревания мозговых функциональных систем;

3) Предшествующие данные, касающиеся этого органа, поражение его инфекцией, травмой, температурными воздействиями, подготовившие его к избирательной реактивности в ответ на неспецифический эмоциональный стресс;

4) Связь с исходным функциональным состоянием поражаемой системы, влияние биоритмических колебаний;

5) Конституциональные особенности реактивности вегетативной нервной системы.

Недостаток специальных знаний и практического опыта в определении симптомов психосоматических заболеваний и пограничных психических расстройств затрудняет их выявление, и ограничивают возможности предотвращения психической дезадаптации подростков.

Среди детей и подростков распространенность заболеваний психосоматического круга варьирует от 40 до 80%. По мнению ряда авторов (Любан-Плоу Б. И др., 1977; Марценковский И.А., 2009; Исаев Д.Н., 2009) удельный вес психосоматических расстройств у детей различен в зависимости от этнокультуральных особенностей, социального окружения, семейной инфраструктуры, воспитания.

Рассматривая психосоматические взаимоотношения в детско-подростковом возрасте через призму психиатрии развития, Марценковский И.П. (2002) выделяет 4 основные типа состояний, отражающих различную структуру психосоматических и соматопсихических соотношений:

а) соматизированные психические реакции (соматоформные реакции), формирующиеся без участия соматической патологии в рамках образований невротического или конституционального регистра (неврозы, невропатии);

б) психогенные реакции - нозогении, возникают в связи с соматическим заболеванием. Они относятся к группе реактивных состояний. Это когда соматическое заболевание выступает в качестве психотравмирующего события.

в) реакции по типу симптоматической лабильности – психогенно провоцированные, связанные с констелляцией социальных и ситуационных факторов манифестации либо эксацербации проявлений соматического заболевания (психосоматические заболевания в традиционном понимании);

г) реакции экзогенного типа (соматогении), манифестируют вследствие воздействия соматической вредности. Реакции экзогенного типа относятся к категории симптоматических психозов.

Психосоматические заболевания требуют дифференциации -функциональные стадии соматических страданий, причиной которых является психосоциальный стресс, соматоформные расстройства (соматические маски психических заболеваний), соматопсихические болезни (заболевания внутренних органов, осложненные психическими расстройствами и повышенной фиксацией на неприятных телесных ощущениях). В качестве психосоматических расстройств принято рассматривать:

- ✓ психические нарушения, осложняющиеся соматической патологией (нервная анорексия, булимия, алкоголизм);
- ✓ психические нарушения, осложняющие некоторые методы лечения (депрессии и мнестические расстройства, возникающие после операций на сердце; аффективные, тревожные и астенические состояния при лечении гемодиализом);
- ✓ возникающие в связи с генеративным циклом у девочек (синдром предменструального напряжения) (Смулевич А.Б. и др., 2009).

К соматопсихическим расстройствам относятся и симптоматические психозы - делирий, аменция, галлюциноз, которые соответствуют представлениям о реакциях экзогенного типа по К. Vonheoffer.

Изучение психосоматических взаимоотношений в ключе соматической составляющей расстройства, сопровождается недооценкой роли психического компонента целостной патологии в генезе этих расстройств. Как интернисты, так и психиатры обычно не учитывают динамический фактор в формировании соматопсихических взаимоотношений в детско-подростковом возрасте. Любые психические нарушения у детей необходимо рассматривать как отклонения от нормального развития, а психосоматические изменения – как результат деформации процесса формирования зрелых соматопсихических взаимоотношений. Теория развития объективных отношений позволяет объяснить механизмы перехода социально-психологического начала в психопатологическое и соматическое (биологическое) в процессе формирования невротических и соматоформных расстройств.

Межличностные (объектные) отношения оказывают определяющее влияние на психическое развитие ребенка с первых дней его жизни. Идентификация внутреннего «Я» (фазы развития по Эриксону) у ребенка видоизменяется на протяжении всего периода

формирования его как личности. При переходе к каждой последующей фазе развития могут наблюдаться в большей или меньшей степени выраженные нарушения идентификации – кризис идентификации развития, следствием и клиническими проявлениями которого являются различные невротические, адаптационные и поведенческие расстройства.

При неадекватном прохождении фазы развития (по Эриксону) для подростка характерны социальная пассивность (из-за чувства неполноценности) либо активная социальная деятельность с гиперкомпенсаторно-формальным и поверхностным отношением к выполнению многочисленных социальных ролей. Неадекватное прохождение четвертой стадии развития психики ведет к формированию дисгармоничных межличностных отношений, названных Марценковским И.А. (2002) «проблемные отношения причастности».

Клиническими проявлениями четвертого кризиса идентификации и развития являются метафизическая интоксикация, дисморфофобические нарушения, сверхценные интересы и увлечения, обсессивно-компульсивные и ипохондрические расстройства.

При адекватном прохождении всех этапов развития психики ребенка и благоприятном разрешении центральных конфликтов формируются следующие характеристики личности:

- ✓ доверие
- ✓ самостоятельность и автономия
- ✓ инициативность
- ✓ социальная активность, деятельность и мастерство, обуславливающие социально-адаптивные формы поведения.

В случае неблагоприятного прохождения одного из этапов развития психики и заострения одного из центральных конфликтов формируются невротические личностные характеристики:

- ✓ недоверие
- ✓ стыдливость и неуверенность в своих силах
- ✓ чувство агрессии и вины
- ✓ чувство собственной неполноценности.

Они ведут к нарушению межличностного взаимодействия, социально-дезадаптивным формам поведения, а в некоторых случаях и к психопатологическим расстройствам.

Психосоматические расстройства в патогенетическом смысле представляют собой системную реакцию высшей нервной и психической деятельности на острый или хронический эмоциональный стресс. Можно утверждать, что одновременно с психопатологической реакцией на психотравмирующее воздействие при отсутствии какого-либо конкретного соматического заболевания обязательно формируются и симптомы вегетативной дисфункции (Ю.Ф.Антропов, 1997; Д.Н.Исаев, 2000; В.Д.Менделевич, С.Л.Соловьева, 2002, Пилягина Г.А., 2008). И только в дальнейшем вегетативные нарушения трансформируются в соматическое заболевание (психосоматические расстройства), или в общее невротическое, аффективное, соматоформное расстройства, или в соматоформную дисфункцию конкретной органной системы. Такую психопатологическую симптоматику при соматических заболеваниях врачи-интернисты объединяют общей категорией – психовегетативный синдром.

К симптомам психосоматической патологии у детей относят:

- ✓ капризность
- ✓ раздражительность
- ✓ гиперактивность
- ✓ приступы непослушания и агрессивного поведения
- ✓ повышенную утомляемость
- ✓ слезливость

- ✓ температурные реакции
- ✓ необъяснимую сонливость.

Проявления соматической дисфункции у подростков приближены к симптомам, выявляемым у взрослых. Среди них:

- ✓ физическая слабость
- ✓ повышенная утомляемость
- ✓ головная боль
- ✓ головокружение
- ✓ нарушения сна
- ✓ гипергидроз
- ✓ тремор
- ✓ кардиалгии
- ✓ ощущение недостатка воздуха или комка в горле.

Психосоматическая патология у подростков включают и:

- ✓ алгии
- ✓ мышечную скованность
- ✓ диспепсические и дизурические расстройства
- ✓ необъяснимое агрессивное и протестное поведение.

Распространенность психосоматических расстройств и психопатологических расстройств, сопровождающихся выраженными соматическими дисфункциями у детей и подростков, обусловлена частотой психической травматизации вследствие искаженных родительско-детских отношений, а также нарушений привязанности в раннем онтогенезе, что потенцирует развитие психопатологических нарушений в процессе взросления. Тяжесть психосоматических нарушений обусловлена незрелостью когнитивно-эмоциональных структур и преодолевающих поведенческих стратегий у ребенка в раннем возрасте. Искаженные родительско-детские отношения основаны на расстройствах привязанности – нарушениях межличностного взаимодействия между ребенком и ухаживающим за ним взрослым (прежде всего между ним и его матерью), что непосредственно вызывает развитие психосоматических расстройств и психопатологических расстройств, сопровождающихся выраженными соматическими дисфункциями.

У младенца возникновению привязанности способствует врожденная необходимость связи с человеком, который обеспечивает удовлетворение его биологических потребностей в тепле, пище, физической защите. Для нормального развития ребенка и его привязанностей необходим психологический комфорт, который формирует у ребенка чувство психологической защищенности и удовлетворенности, а следовательно, доверия к окружающему миру и возможности его безопасного познания. Поэтому психологическая зрелость материнского поведения и опыт адекватных родительско-детских отношений первого года жизни являются определяющими для нормального физического, психического, психологического и социального развития ребенка на протяжении всей его дальнейшей жизни.

Врача-педиатра или семейного врача должны насторожить частые болезни (преимущественно респираторные инфекции, бронхиты, острые гастриты), резистентность к проводимой терапии, появление все новых и новых необъяснимых соматических симптомов на протяжении одного заболевания, неспособность ребенка самостоятельно играть, особая болезненность в течение учебного года и хорошее самочувствие во время каникул. В такой ситуации важно диагностировать наличие психосоматической природы болезненности ребенка, характер и выраженность подобных нарушений.

В качестве ранней диагностики психосоматических нарушений (Исаев Д.Н.,2000, Пилягина Г.А.,2008) выступают

- ✓ особенности отношений в диаде «мать – дитя»

- ✓ характер взаимоотношений в семье
- ✓ стиль воспитания
- ✓ отношения к учебе
- ✓ удовлетворения интересов ребенка
- ✓ наличия у ребенка собственного пространства.

В диагностике психосоматических расстройств значимыми являются следующие аспекты здоровья ребенка:

- ✓ частота соматических заболеваний
- ✓ быстрота выздоровлений во время предыдущих заболеваний
- ✓ наличие необъяснимых соматических симптомов
- ✓ неадекватная реакция на проводимую терапию
- ✓ влияние ухода отдельных членов семьи на течение болезни
- ✓ отношение матери к болезням ребенка
- ✓ наличие сформировавшегося в семье понятия «у нас ребенок крайне болезненный».

Диагностика **расстройства привязанности** возможна в случае сочетание нескольких из следующих факторов:

- когда на приеме мать пытается все время держать ребенка на коленях при возрасте ребенка старше 5-6 лет или когда обращение врача вызывает у ребенка выраженное стремление прижаться к матери, «спрятаться» в ее теле (особенно в возрасте старше 5-6 лет);

- когда ребенок старается держать мать в поле зрения (в пределах досягаемости вытянутой руки), реагирует на рассказ матери демонстрацией описываемых симптомов (например, демонстративно кашлять).

- когда мать боится оставить ребенка старше 6-7 лет одного в кабинете или отпустить на обследование с врачом: ребенок демонстрирует резкое повышение тревоги в ответ на предложение разлучиться с матерью;

- когда мать старается держать ребенка подальше от себя, отказывая ему в адекватном физическом контакте, но при этом все время пытается установить с ним зрительный контакт, ища подтверждения своим словам;

- когда в беседе, рассказе о состоянии здоровья ребенка выражена эмоциональная отстраненность матери.

Выявление данных факторов в сочетании с анамнестическими данными позволяет заподозрить наличие расстройств привязанности и психосоматическую природу различных соматических симптомов или психосоматического заболевания в целом. Все это подтверждает значимость для практической и социальной детской психиатрии знаний о специфике формирования расстройств привязанности как патологической основы психосоматических расстройств и психопатологических расстройств, сопровождающихся выраженными соматическими дисфункциями. Нарушения родительно-детских отношений искажают формирование адекватных адаптационных механизмов у ребенка и, соответственно, являются облигатным признаком возникновения психосоматических расстройств детского возраста. Возникающие на фоне искаженных родительно-детских отношений нарушения привязанности приводят к формированию негативной модели себя и окружающей реальности, а также формируют деструктивные стратегии преодолевающего поведения и тестирования реальности, что в дальнейшем практически всегда приводит к формированию хронических форм психических и поведенческих нарушений.

### **УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ (F7)**

**Умственная отсталость** — задержка или неполное развитие психики, которое обнаруживается в возрасте до 3 лет, но нередко к младшему школьному возрасту. На фоне умственной отсталости может наблюдаться весь диапазон психических расстройств.

Фенотип многих пациентов с олигофренией сходен, хотя каждый синдром имеет особые черты (типичное лицо при болезни Дауна, аутизм при хрупкой Х-хромосоме).

По этиологии различают эндогенные и экзогенные олигофрении

Эндогенные олигофрении обусловлены генетическими (хромосомными) причинами.

Среди них:

- ✓ болезнь Шерешевского—Тернера с кариотипом XO,
- ✓ полисомия по X-хромосоме (XXX),
- ✓ болезнь Клейнфельтера с кариотипом XXУ,
- ✓ хрупкость X-хромосомы
- ✓ трисомия по 21 хромосоме (болезнь Дауна)
- ✓ трисомия по 18 хромосоме (синдром Эдвардса)
- ✓ трисомия по 13 хромосоме (синдром Патау).

Олигофрении, обусловленные локальными дефектами хромосом

- ✓ синдром крика кошки (-5p ) [+p - избыток генетического материала в верхнем плече соответствующей хромосомы; -p - недостаток генетического материала в верхнем плече соответствующей хромосомы; +q - избыток генетического материала в нижнем плече соответствующей хромосомы; -q - недостаток генетического материала в нижнем плече соответствующей хромосомы]
- ✓ синдром Вольфа-Киршхорна (-4p),
- ✓ синдром рта карпа (-18pq)
- ✓ синдром кошачьих глаз (+22pq).

Олигофрении, обусловленные поражением отдельных генов

- ✓ Фенилкетонурия
- ✓ Гистидинемия
- ✓ Лейциноз
- ✓ Болезнь Хартнупа

Олигофрении, обусловленные поражением нескольких генов

- ✓ Амавротическая идиотия
- ✓ Гарголизм
- ✓ Болезнь Реклингаузена.
- ✓ Нарушение обмена аминокислот, углеводов, микроэлементов обуславливают развитие моногенных олигофрений.
- ✓ Нарушение обмена пептидов, мукополисахаридов обуславливают развитие полигенных олигофрений.

Причиной умственной отсталости могут быть эмбриопатии с дизостозами:

- ✓ Синдром Апера
- ✓ Синдром Крузона
- ✓ COFS синдром
- ✓ Синдром Корнелии де Ланге
- ✓ Синдром Рубинштейна
- ✓ Болезнь Марфана.

Эндогенные случаи умственной отсталости передаются полигенно, рецессивно, доминантно, хотя встречаются и случаи сцепленные с полом.

Экзогенные формы олигофрении.

Причины: тератогенные воздействия вирусов, психоактивных и нейротоксических веществ в период беременности, травмы в родах, болезни обмена веществ у матери, черепно-мозговые травмы, энцефалиты в возрасте до 3-х лет. Они приводят к клинике олигофрении, сочетающейся с симптомами парезов, параплегии или гемиплегии (детский церебральный паралич), хотя параличи не означают развития умственной отсталости.

Умственная отсталость, связанная с болезнями обмена веществ

- Нарушения обмена аминокислот
- ✓ Фенилкетонурия

- ✓ Гистидинемия
- ✓ Лейциноз
- ✓ Болезнь Хартнупа.  
Нарушения обмена пептидов
- ✓ Амавротическая идиотия
- ✓ Болезнь Гоше
- ✓ Болезнь Нимана Пика  
Нарушения обмена мукополисахаридов
- ✓ Гаргоилизм
- ✓ Синдром Гурлера
- ✓ Синдром Санфилиппо
- ✓ Синдром Морото-Лами  
Нарушения обмена углеводов
- ✓ Галактоземия
- ✓ Идиопатическая гипогликемия  
Нарушения обмена микроэлементов
- ✓ Гипофосфатазия
- ✓ Болезнь Менкеса  
Факоматозы
- ✓ Болезнь Реклингаузена
- ✓ Туберозный склероз
- ✓ Болезнь Луи Бар

Патогенез умственной отсталости В основе патогенеза лежит механизм дизонтогенетической задержки, который проявляется в задержке развития интеллекта, структуре эмоций и поведения

Клиника умственной отсталости В клинике выделяют:

- психопатологическую оценку умственной отсталости от легкой до глубокой отсталости;
- неврологические нарушения (очаговые нарушения и дискинезии);
- нарушения поведения от расторможенности до аномальной реакции на стресс;
- высокую степень имитативности и внушаемости.

При генетически обусловленных олигофрениях характерны поражения других органов или систем (зрения, печени, кожи) и особый фенотип. Так при фенилпировиноградной олигофрении характерна мраморность кожи, мышинный запах, при нарушении обмена меди (болезнь Менкеса) — низкий порог судорожной готовности и курчавость волос, при болезни Марфана — глубоко сидящие глаза, паучьи пальцы и выступающие надбровные дуги.

Умственная отсталость может развиваться при тяжелых соматических заболеваниях или сенсорной недостаточности (глухота, слепота), которые препятствуют оценке интеллектуального уровня (F78).

Диагноз основан на выявлении умственной отсталости по нижеследующим критериям:

### **Легкая умственная отсталость (F70)**

Уровень когнитивных способностей (IQ) 50—69 соответствует возрасту 9—12 лет. Социальное функционирование ограничено, но возможно в любой общественной группе.

Речь развивается с задержкой, но она используется в повседневной жизни. Возможно достижение полной независимости в уходе за собой (прием пищи, комфортное поведение), домашних навыков. Основные затруднения наблюдаются в школьной успеваемости, задержка обучаемости чтению и письму. Возможна частичная компенсация благодаря социальному окружению. Мышление предметно-конкретное, имитативность. Абстрактное мышление недостаточно развито. Возможно обучение

неквалифицированному ручному труду. Эмоциональная и социальная незрелость. Соответствует дебильности.

#### **Умеренная умственная отсталость (F71)**

Уровень когнитивных способностей (IQ) 35—49, соответствует возрасту 6—9 лет. Уровень социального функционирования ограничен пределами семьи и специальной группы.

Отставание в развитии понимания и использовании речи, навыков самообслуживания и моторики, заметное с раннего возраста. В школе развиваются только базисные навыки при постоянном специальном педагогическом внимании (специальные школы). Речевой запас достаточен для сообщения о своих потребностях. Фразовая речь слабо развита. При недоразвитии речи может быть достаточным ее понимание при невербальном сопровождении. Часто сочетается с аутизмом, эпилепсией, неврологической патологией. Соответствует имбецильности.

#### **Тяжелая умственная отсталость (F72)**

Уровень когнитивных способностей (IQ) 20—34, соответствует возрасту 3—6 лет. Уровень социального функционирования низкий.

Причины в основном органические. Сочетается с выраженными моторными нарушениями. Сходно с умеренной умственной отсталостью. Возможно развитие коммуникативных навыков. Соответствует глубокой имбецильности.

#### **Глубокая умственная отсталость (F73)**

Уровень когнитивных способностей (IQ) до 20, соответствует возрасту до 3 лет. Не способны к пониманию и выполнению требований или инструкций. Часто недержание мочи и кала. Моторика грубо нарушена. Тяжелые неврологические нарушения. Соответствует идиотии.

**Дифференциальная диагностика** Умственная отсталость у детей дифференцируется с другими расстройствами, которые могут затруднять оценку интеллекта. Среди них: синдром Ретта, симбиотический психоз, дефект при шизофрении, психическая депривация в детстве.

### **ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА, НАЧИНАЮЩИЕСЯ ОБЫЧНО В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

#### **Гиперкинетические расстройства (F90)**

Гиперкинетические расстройства характеризуются:

- ✓ ранним началом;
- ✓ сочетанием чрезмерно активного, слабо модулируемого поведения с выраженной невнимательностью и отсутствием упорства в выполнении любых заданий.
- ✓ наличием поведенческих особенностей (нарушения поведения постоянны во временном интервале и возникают в любых ситуациях).

Гиперкинетические расстройства возникают обычно в первые 5 лет жизни.

**Распространенность** Гиперкинетические расстройства встречаются в несколько раз чаще у мальчиков, чем у девочек (3:1). В начальной школе расстройство наблюдается у 4—12% детей.

**Клинические особенности:**

- ✓ отсутствие настойчивости в познавательной деятельности,
- ✓ тенденция переходить от одного задания к другому, не завершая ни одного из них;
- ✓ чрезмерная, но непродуктивная активность;

✓ безрассудство, импульсивность. Взаимоотношения со сверстниками и взрослыми нарушены, без чувства дистанции.

Вторичные осложнения включают асоциальное поведение и сниженное чувство собственного достоинства, сопутствующие трудности в освоении школьных навыков (вторичная дислексия, диспраксия, дискалькулия и другие школьные проблемы).

Основные признаки — нарушения внимания и гиперактивность, проявляются в различных ситуациях — дома, в детских и лечебных учреждениях. Характерна частая смена и прерывание любой деятельности, без попыток ее завершить. Такие дети чрезмерно нетерпеливы, неусидчивы. Они могут вскакивать с места во время любой работы, чрезмерно болтать и шуметь.

Сопутствующие клинические характеристики: расторможенность в социальном взаимодействии, безрассудство в опасных ситуациях, бездумное нарушение социальных правил, прерывание занятий, необдуманные и неправильные ответы на вопросы, нарушения обучения и двигательная неуклюжесть. Они должны кодироваться под рубрикой (F80—89) и не должны являться частью данного расстройства.

Наиболее ярко клиника расстройства проявляется в школьном возрасте.

**Дифференциальная диагностика** Если имеется большинство критериев гиперкинетического расстройства, то следует ставить диагноз «гиперкинетические расстройства» (F90).

Если имеются признаки выраженной общей гиперактивности и расстройств поведения, ставится диагноз «гиперкинетическое расстройство поведения» (F90.1).

Явления гиперактивности и невнимательности могут быть симптомами тревоги или депрессивных расстройств (F40 — F43, F93), нарушений настроения (F30—F39). Диагноз данных расстройств устанавливается при наличии их диагностических критериев. Двойной диагноз возможен тогда, когда имеется отдельная симптоматика гиперкинетического расстройства и, например, нарушений настроения.

Острое начала гиперкинетического расстройства в школьном возрасте может быть проявлением и других заболеваний - реактивного (психогенного или органического) расстройства, маниакального состояния, шизофрении, неврологического заболевания.

### **Нарушение активности и внимания (расстройство или синдром дефицита внимания с гиперактивностью, гиперактивное расстройство дефицита внимания) (F90.0)**

Ранее называлось минимальной мозговой дисфункцией (ММД), гиперкинетическим синдромом, минимальным повреждением головного мозга. Это одно из наиболее распространенных детских поведенческих расстройств, у многих сохраняющееся и во взрослом возрасте.

**Этиология и патогенез** Патогенез связан с нарушениями функций нейромедиаторных систем мозга особенно дофаминергической системы (Завадненко Н.Н.2005, Pliszka S.R. et.al 2000). Согласно концепции, Pliszka S. дефицит внимания у детей с ГРДВ обуславливается нарушениями связанной с норадреналином регуляцией работы заднемозговой системы внимания, тогда как расстройства дофаминергического контроля поступления импульсов к переднемозговой системе внимания могут определять расстройства поведенческого торможения и управляющих функций.

Ранее гиперкинетическое расстройство связывалось с внутриутробным или постнатальным повреждением мозга («минимальным поражением мозга»). Выявлена генетическая предрасположенность к данному расстройству. У одноййцевых близнецов конкордантность выше, чем у двуяйцовых. 20—30% родителей больных страдали или страдают нарушениями активности и внимания. Врожденная склонность к гиперактивности усиливается под влиянием определенных социальных факторов, так как такое поведение чаще встречается у детей, живущих в неблагоприятных социальных условиях. У родителей больных чаще, чем у населения в целом встречаются алкоголизм, асоциальная психопатия и аффективные расстройства. Предполагаемые причины

расстройства связываются с пищевой аллергией, длительной интоксикацией свинцом и воздействием пищевых добавок, однако эти гипотезы не подкреплены убедительными доказательствами. Выявлена сильная связь между нарушениями активности и внимания и нечувствительностью к тиреоидным гормонам — редким состоянием, в основе которого лежит мутация гена бета-рецептора тиреоидных гормонов.

**Распространенность** Распространенность ГРДВ встречается у 4,0-9,5% детей, соотношение мальчиков и девочек составляет примерно 5:1 (Н.Н.Заваденко, 2005, Biederman I.,2005). В настоящее время распространенность среди школьников от 3 до 20%.

**Клиника** Диагностические критерии расстройства с годами несколько изменились. Симптоматика почти всегда проявляется до 5—7 лет. Средний возраст обращения к врачу 8—10 лет.

#### **Критерии диагноза гиперактивного расстройства с дефицитом внимания**

По современным классификациям МКБ-10 (ВОЗ, 1994) и DSM-IV (Американская психиатрическая ассоциация, 1994) ГРДВ характеризуется следующими факторами:

- ✓ нарушения внимания;
- ✓ гиперактивность и импульсивность;
- ✓ первые симптомы развиваются в возрасте до 7 лет;
- ✓ симптомы постоянно сохраняются на протяжении, как минимум, 6 месяцев в такой степени выраженности, которая свидетельствует о слабой адаптации ребенка;
- ✓ недостаточная адаптация проявляется в различных ситуациях и обстановки (дома и в школе), несмотря на соответствие уровня интеллектуального развития нормальным возрастным показателям.

Для постановки диагноза необходимо наличие шести симптомов и более, которые сохраняются у ребенка на протяжении, как минимум, 6 месяцев и выражены настолько, что свидетельствуют о недостаточной адаптации и несоответствии нормальным возрастным характеристикам.

#### **Невнимательность**

1. Часто ребенок не способен удерживать внимание на деталях; из-за небрежности, легкомыслия допускает ошибки в школьных заданиях, в выполняемой работе и других видах деятельности.

2. Обычно с трудом сохраняет внимание при выполнении заданий или во время игр.

3. Часто складывается впечатление, что ребенок не слушает обращенную к нему речь.

4. Часто оказывается не в состоянии придерживаться предлагаемых инструкций и справиться до конца с выполнением уроков, домашней работы или обязанностей на рабочем месте (что никак не связано с негативным или протестным поведением, неспособностью понять задание).

5. Часто испытывает сложности в организации самостоятельного выполнения заданий и других видов деятельности.

6. Обычно избегает, выказывает недовольство и сопротивляется вовлечению в выполнение заданий, которые требуют длительного сохранения умственного напряжения (например, школьных заданий, домашней работы).

7. Часто теряет вещи, необходимые в школе и дома (например, игрушки, школьные принадлежности, карандаши, книги, рабочие инструменты).

8. Легко отвлекается на посторонние стимулы.

9. Часто проявляет забывчивость в повседневных ситуациях.

Из перечисленных признаков хотя бы шесть должны сохраняться более 6 мес.

#### **Гиперактивность**

1. Часто наблюдаются беспокойные движения в кистях и стопах; сидя на стуле, крутится, вертится.

2. Часто встает в классе во время уроков или в других ситуациях, когда нужно

оставаться на месте.

3. Часто проявляет бесцельную двигательную активность: бегают, крутятся, пытается куда-то залезть, причем в таких ситуациях, когда это неприемлемо.

4. Обычно не может тихо, спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге.

5. Часто находится в постоянном движении и ведет себя как будто к нему «прикрепили мотор».

6. Часто бывает болтливым.

#### **Импульсивность**

1. Часто отвечает на вопросы не задумываясь, не выслушав их до конца.

2. Обычно с трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях.

3. Часто мешает другим, пристает к окружающим (например, вмешивается в беседы или игры).

Для постановки диагноза необходимо наличие невнимательности или гиперактивности и импульсивности (или всех проявлений одновременно), не соответствующих возрастной норме.

Диагноз ГРДВ считается обоснованным, когда наблюдаемые у ребенка симптомы характеризуются значительной степенью выраженности, постоянством, когда проведен подробный анализ анамнеза жизни (информацию о поведении ребенка - родители, воспитатели, учителя), семейного анамнеза (наличие алкоголизма, синдрома гиперактивности, тиков у родителей или родственников) и получены сведения об успеваемости и поведении ребенка в учебном заведении.

Для постановки окончательного диагноза показано пробное назначение психостимуляторов.

#### **Дифференциальный диагноз гиперактивности и дефицита внимания у детей**

- ✓ индивидуальные особенности личности и темперамента: характеристики поведения активных детей не выходят за границы возрастной нормы, уровень развития высших психических функций хороший;
- ✓ тревожные расстройства: особенности поведения ребенка связаны с действием психотравмирующих факторов;
- ✓ резидуальные явления перенесенной черепно-мозговой травмы, нейроинфекции, интоксикации (церебрастенический синдром);
- ✓ астенический синдром при соматических заболеваниях;
- ✓ эндокринные заболевания (патология щитовидной железы);
- ✓ расстройства развития школьных навыков: дислексия, дисграфия, дискалькулия;
- ✓ сенсоневральная тугоухость;
- ✓ эпилепсия (абсансные формы; симптоматические, локально обусловленные формы; побочные эффекты противоэпилептической терапии);
- ✓ наследственные синдромы: Туретта, Вильямса, Смита-Мажениса, Беквита-Видемана, фрагильной X-хромосомы;
- ✓ психические расстройства в виде нарушения поведения; аффективные расстройства (настроения); умственная отсталость; аутизм; шизофрения.

#### **Особенности клинических проявлений гиперактивного расстройства с дефицитом внимания.**

Клинические признаки гиперактивности: двигательная активность, деструктивное поведение, неусидчивость, суетливость, признаки двигательного беспокойства (крутятся, вертятся сидя на стуле; постоянно что-то теребит и вертит в руках, трясет ногой и т.д.). По мере взросления ребенка постепенно ГРДВ убывает.

Импульсивность: слабость контроля импульсов, несоблюдение правил, порывистость, необдуманность поступков. В более старшем возрасте импульсивность проявляется в трудностях планирования и логических рассуждений.

Невнимательность и отвлекаемость. Нарушения внимания отчетливо проявляются с началом школьного обучения.

### **Дополнительные признаки**

- ✓ Нарушения координации отмечаются в 50—60% в виде невозможности тонких движений (завязываний шнурков, пользования ножницами, раскрашивания, письма); нарушений равновесия, зрительно-пространственной координации (неспособность к спортивным играм, катанию на велосипеде, играм с мячом).
- ✓ Эмоциональные нарушения в виде неуравновешенности, вспыльчивости, нетерпимости к неудачам, запаздывание эмоционального развития.
- ✓ Отношения с окружающими. В психическом развитии дети с нарушениями активности и внимания отстают от сверстников, но стремятся быть лидерами. Дружить с ними трудно. Это дети — экстраверты, они ищут друзей, но быстро их теряют. Поэтому они чаще общаются с более «покладистыми» младшими по возрасту. Трудно складываются отношения с взрослыми. На них не действуют ни наказания, ни ласка, ни похвала. Именно «невоспитуемость» и «плохое поведение» с точки зрения родителей и педагогов — основной повод обращения к врачам.
- ✓ Парциальные задержки развития. При нормальном коэффициенте IQ, успеваемость в школе у многих детей низкая. Причины — невнимательность, отсутствие упорства, нетерпимость к неудачам. Характерны парциальные задержки развития письма, чтения, счета. Исключать необходимо и другие причины неуспеваемости: расстройства восприятия, психологические и социальные причины, низкий интеллект и неадекватное преподавание.
- ✓ Поведенческие расстройства.
- ✓ Возрастная динамика проявлений гиперактивного расстройства с дефицитом внимания
- ✓ Дошкольный возраст. В возрасте 3-7 лет обычно проявляются гиперактивность и импульсивность. Такие дети часто характеризуются, как не умеющие себя вести или слишком темпераментные. Они крайне нетерпеливы, спорят, шумят, кричат, что нередко заканчивается вспышками сильного раздражения. Многие гиперактивные дети отстают от сверстников в развитии речи.

**Младший школьный возраст.** Формирование школьной дезадаптации, нарастание проблем во взаимоотношениях с окружающими и трудностей поведения, простые и социальные фобии, вспыльчивость, задиристость, оппозиционное и агрессивное поведение, слабая психоэмоциональная устойчивость при неудачах и заниженная самооценка.

**Подростковый возраст.** В подростковом возрасте симптомы ГРДВ продолжают отмечаться не менее чем у 50-80% детей с ГРДВ. Гиперактивность у подростков значительно уменьшается или исчезает, однако импульсивность и нарушения внимания сохраняются. Характерна несамостоятельность, безответственность, трудности в организации и завершении выполнения поручений и особенно длительной по времени работы, с которыми они по-прежнему не в состоянии справиться без посторонней помощи; нарастание трудности во взаимоотношениях в семье и школе, нарушения поведения; безрассудное поведение, сопряженное с неоправданным риском, трудности в соблюдении правил поведения, неподчинение общественным нормам и законам, невыполнение требований взрослых — уже не только родителей и педагогов, но и официальных лиц, например, представителей школьной администрации или работников милиции.

### **Типы ГРДВ у детей:**

- ✓ с преобладанием невнимательности;
- ✓ с преобладанием гиперактивности;
- ✓ смешанный.

## **Расстройства поведения (F91)**

Расстройства поведения включают расстройства в виде деструктивного, агрессивного или асоциального поведения, с нарушением принятых в обществе норм и правил, с нанесением вреда другим людям. Нарушения более серьезные, чем ссоры и шалости детей и подростков.

**Этиология и патогенез** В основе расстройства поведения лежит ряд биопсихосоциальных факторов:

- ✓ Связь с отношением родителей. Плохое или неправильное обращение с детьми влияет на развитие дезадаптивного поведения. Этиологически значимым является борьба родителей между собой, а не разрушение семьи. Большую роль играет наличие психических расстройств, социопатий или алкоголизма у родителей.
- ✓ Социокультуральная теория — наличие тяжелых социально-экономических условий способствует развитию расстройств поведения, так как они считаются приемлемыми в условиях социоэкономической депривации.

**Предрасполагающими факторами** является наличие:

- ✓ минимальной дисфункции или органического поражения головного мозга;
- ✓ отвергнутость родителями, раннее помещение в дома-интернаты;
- ✓ неправильное воспитание с жесткой дисциплиной;
- ✓ частая смена воспитателей, опекунов;
- ✓ незаконнорожденность.

**Распространенность** Определяется у 9% мальчиков и 2% девочек в возрасте до 18 лет. Соотношение мальчиков и девочек колеблется от 4:1 до 12:1. Чаще встречается у детей, чьи родители являются асоциальными личностями или страдают алкоголизмом. Преобладание данного расстройства коррелирует с социально-экономическими факторами.

**Клиника** Расстройство поведения должно продолжаться не менее 6 мес., во время которых наблюдается не менее трех проявлений (диагноз ставится только до 18-летнего возраста):

- ✓ Воровство чего либо без ведома жертвы и борьбы более чем один раз.
- ✓ Побег из дома на всю ночь не менее 2 раз, или один раз без возвращения (при проживании с родителями или опекунами).
- ✓ Частая ложь (кроме случаев, когда лгут для избежания физического или сексуального наказания).
- ✓ Специальное участие в поджогах.
- ✓ Частые прогулы уроков (работы).
- ✓ Необычно частые и тяжелые вспышки гнева.
- ✓ Специальное проникновение в чужой дом, помещение, машину; специальное разрушение чужой собственности.
- ✓ Физическая жестокость к животным.
- ✓ Принуждение кого-либо к сексуальным отношениям.
- ✓ Применение оружия более одного раза; часто зачинщик драк.
- ✓ Воровство после борьбы (например, ударил жертву и выхватил кошелек; вымогательство или вооруженное ограбление).
- ✓ Физическая жестокость к людям.
- ✓ Вызывающее провокационное поведение и постоянное, откровенное непослушание.

**Дифференциальная диагностика** Отдельные акты асоциального поведения недостаточны для постановки диагноза. Следует исключать:

- ✓ биполярное расстройство
- ✓ шизофрению
- ✓ общее расстройство развития
- ✓ гиперкинетическое расстройство

- ✓ манию
- ✓ депрессию.

Наличие легких, ситуационно специфических явлений гиперактивности и невнимательности; низкой самооценки и легких эмоциональных проявлений не исключает диагноз расстройства поведения.

### **Эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста (F93)**

Диагноз эмоционального (невротического) расстройства широко используется в детской психиатрии. По частоте встречаемости оно уступает только поведенческим расстройствам.

#### **Этиология и патогенез**

- ✓ Стрессы
- ✓ Генетические факторы.

**Распространенность** Составляет 2,5 % как среди девочек, так и среди мальчиков.

### **Фобическое тревожное расстройство детского возраста (F93.1)**

Для детского возраста фобии обычно типичны. Их распространенность и выраженность варьирует в зависимости от возраста. При фобическом тревожном расстройстве детского возраста отмечается наличие выраженных страхов, характерных для определенной фазы развития, например, боязнь животных в дошкольный период. Касаясь возрастной и гендерной характеристики страхов, следует констатировать максимальное нарастание социального страха (страх одиночества, страх обсуждения со стороны сверстников, страх опоздать) у старших подростков, тогда как у младших подростков доминируют природные страхи (замкнутого пространства, животных, призраков, движущегося транспорта, пожара и т.д.). Для девочек-подростков независимо от возраста присущи как природные, так и социальные страхи. Пик социальных страхов у мальчиков отмечен в препубертате.

#### **Критерии диагностики:**

- ✓ начало страхов соответствует детскому возрасту
- ✓ выраженная степень тревоги
- ✓ тревога не является частью генерализованного расстройства.

### **Социальное тревожное расстройство (F93.2)**

Для социального тревожного расстройства характерно устойчивое, чрезмерное избегание контактов с незнакомыми людьми и сверстниками, мешающее социальному взаимодействию, длящееся более 6 мес. и сочетающееся с отчетливым желанием общаться только с членами семьи или лицами, которых ребенок хорошо знает. Осторожность перед незнакомыми является нормальной для детей в возрасте 8—12 мес.

#### **Этиология и патогенез**

- ✓ Генетическая парадигма. В семьях детей с социальным тревожным расстройством сходная симптоматика наблюдалась и у матерей.
- ✓ Психотравмы.

**Распространенность** Социальное тревожное расстройство встречается не часто, преимущественно наблюдается у мальчиков. Оно может развиваться уже с 2,5 лет, после периода нормального развития или состояния незначительной тревоги.

**Клиника** У ребенка с социальным тревожным расстройством наблюдается постоянный рецидивирующий страх и/или избегание незнакомых лиц. Этот страх имеет место и среди взрослых и в компании сверстников, сочетается с нормальной привязанностью к родителям и другим близким. Избегание и страх выходят за границы возрастных критериев и сочетаются с проблемами социального функционирования. Такие дети избегают контакта долгое время даже после знакомства. Они медленно «оттаивают»; обычно естественны только в домашнем окружении. Для таких детей характерны

покраснения кожи, затруднения речи, смущаемость. Фундаментальных нарушений общения и интеллектуального снижения не наблюдается. Робость и застенчивость усложняют процесс обучения. Истинные способности ребенка могут проявиться только при исключительно благоприятных условиях воспитания.

**Диагностика** Диагноз ставится на основании чрезмерного избегания контактов с незнакомыми людьми в течение 6 мес. и более, мешающего социальной активности и отношениям со сверстниками. Характерно желание иметь дело только со знакомыми людьми (членами семьи или сверстниками, которых ребенок хорошо знает), теплое отношение к членам семьи. Возраст проявления расстройства не ранее 2,5 лет, когда проходит фаза нормальной тревожности по отношению к незнакомым людям.

#### **Дифференциальная диагностика**

- ✓ расстройства адаптации
- ✓ тревога в связи с разлукой
- ✓ депрессия и дистимия.

### **Расстройство сиблингового соперничества (F93.3)**

Расстройство сиблингового соперничества характеризуется появлением эмоциональных расстройств у маленьких детей вслед за рождением младшего сиблинга.

**Клиника** Соперничество и ревность могут проявляться заметной конкуренцией между детьми с целью получения внимания или любви родителей. Это расстройство должно сочетаться с необычной степенью негативных чувств. В более тяжелых случаях это может сопровождаться открытой жестокостью или физической травмой младшего ребенка, принижением и злобностью к нему. В более легких случаях расстройство проявляется в виде нежелания ничем делиться, отсутствием внимания, дружеских взаимодействий с младшим ребенком. Эмоциональные проявления принимают различные формы в виде некоторого регресса с потерей ранее приобретенных навыков, тенденцией к младенческому поведению. Часто такой ребенок копирует поведение младенца с целью привлечения большего внимания родителей. Также характерны конфронтации с родителями, немотивированные вспышки гнева, дисфории, выраженная тревога или социальная отгороженность. Иногда нарушается сон, часто усиливается требование внимания родителей, особенно в ночное время.

**Диагностика** Расстройство сиблингового соперничества характеризуется сочетанием:

- ✓ очевидности существования соперничества сибсов и/или ревности;
- ✓ начала в течение месяцев, следующих за рождением младшего (обычно, следующего по счету) ребенка;
- ✓ эмоциональных нарушений, аномальных по степени и/или по стойкости и сочетающихся с психосоциальными проблемами.

### **Расстройства социального функционирования с началом, специфическим для детского и подросткового возраста (F94)**

Гетерогенная группа расстройств, для которых общими являются нарушения социального функционирования. Решающую роль в возникновении расстройств играет изменение адекватных условий среды или лишение благоприятного средового воздействия. Гендерных различий не имеется.

#### **Элективный мутизм (F94.0)**

Элективный мутизм характеризуется устойчивым отказом говорить в одной или более социальных ситуациях, в том числе в детских учреждениях, при способности понимать разговорную речь и разговаривать.

**Этиология и патогенез** Элективный мутизм — психологически обусловленный отказ разговаривать. Предрасполагающим фактором может быть материнская гиперопека.

У некоторых детей развитие расстройства происходит после эмоциональной или физической травмы, перенесенных в раннем детстве.

**Распространенность** Встречается редко, менее чем у 1% больных психическими расстройствами. Одинаково часто встречается у девочек и мальчиков.

#### **Клиника**

- ✓ колебания настроения
- ✓ импульсивные черты
- ✓ негативизм
- ✓ нарушения поведения с агрессией
- ✓ энурез
- ✓ энкопрез.

Наиболее часто дети говорят дома или с близкими друзьями, но молчат в школе или с незнакомыми. Вследствие этого может наблюдаться плохая успеваемость или они становятся мишенью нападок сверстников. Некоторые дети вне дома общаются с помощью жестов или междометий — «хм», «угу, ага».

#### **Диагностика.** Диагностические критерии:

- ✓ нормальный или почти нормальный уровень понимания речи
- ✓ достаточный уровень в речевом выражении
- ✓ доказуемые сведения, что ребенок может говорить нормально или почти нормально в некоторых ситуациях;
- ✓ продолжительность более 4 недель;
- ✓ отсутствует общее расстройство развития;
- ✓ расстройство не обусловлено отсутствием достаточных знаний разговорного языка, требуемых в социальной ситуации, в которой отмечается неспособность говорить.

**Дифференциальная диагностика** Очень стеснительные дети могут не разговаривать в незнакомых ситуациях, но у них происходит спонтанное выздоровление, когда проходит смущение. Дети, попадающие в ситуацию, в которой говорят на другом языке, могут отказываться перейти на новый язык. Диагноз ставится, если дети вполне овладели новым языком, но отказываются говорить и на родном и на новом языке.

### **Тикозные расстройства (F95)**

Тикозные расстройства - произвольные, неожиданные, повторяющиеся, рекуррентные, неритмические, стереотипные моторные движения или вокализация.

Главным признаком разграничения тиков от других двигательных расстройств является внезапный, быстрый, преходящий и ограниченный характер движений при отсутствии неврологического расстройства. Характерна повторяемость движений и исчезновение их во время сна, легкость, с которой они добровольно могут быть вызваны или подавлены. Отсутствие ритмичности позволяет их отличать от стереотипии при аутизме или умственной отсталости.

**Распространенность** – среди детского населения тики составляют 6% (Зыков В.П., 2009)

#### **Этиология**

- ✓ Первичные (наследственные)
- ✓ Вторичные (последствия пре- и перинатальной патологии, лекарственные, посттравматические)
- ✓ Криптогенные (причина не установлена)

#### **Топико-клинические особенности**

- ✓ Локальные (фациальные)
- ✓ Распространенные (фациокраниобрахиальные)
- ✓ Генерализованные тики (фациокраниобрахиокруральные) в сочетании с вокальными тиками – синдром Туретта
- ✓ Тяжесть

- ✓ Единичные
- ✓ Серийные
- ✓ Статусные

#### **Течение**

- ✓ Транзиторное
- ✓ Ремиттирующее
- ✓ Стационарное
- ✓ Прогрессирующее

#### **Стадии**

- ✓ Дебюта
- ✓ Экспрессии симптомов
- ✓ Резидуальная

Первичные тики и синдром Туретта относятся к наследственным заболеваниям.

Основной тип наследования

- аутосомно-доминантный
- промежуточный.

#### **Патогенез**

- ✓ нарушение нейрхимической регуляции центральной нервной системы
- ✓ закрытая черепно-мозговая травма
- ✓ применение психостимуляторов усиливает существующие тики или обуславливает их появление, что позволяет предполагать роль дофаминергических систем (повышения уровня дофамина) в возникновении тиков. Патология норадренергической регуляции доказывается ухудшением тиков под влиянием тревоги и стресса.
- ✓ генетическая обусловленность тиковых расстройств.

**Факторы риска возникновения вторичных тиков.** Вторичные тики у детей имеют в основном перинатальный генез. Среди других факторов: анемия беременных, возраст матери старше 30 лет, гипотрофия плода, недоношенность, родовая травма, лекарственные средства: амфетамины, вальпроаты, ламиктал.

Основным фактором, провоцирующим тики у детей, является стресс (64% случаев). Доминирует школьный адаптационный стресс. Наиболее частой стрессовой ситуацией, при которой ребенок должен адаптироваться к новым условиям и занятиям, является смена коллектива: детский сад – школа; длительная умственная перегрузка, черепно-мозговая травма, занятия на персональном компьютере, просмотр телевизионных передач, эмоциональные переживания. **Криптогенные тики** возникают на фоне полного здоровья без установленной причины заболевания.

Усиление гиперкинеза наблюдается осенью-зимой.

При локальных (фациальных) тиках гиперкинезы захватывают одну мышечную группу, в основном мимическую мускулатуру, учащенные мигания, зажмуривания, клонические движения угла рта и крыльев носа.

При распространенных тиках в гиперкинез вовлекается несколько мышечных групп: мимические, головы и шеи, плечевого пояса, верхних конечностей, живота и спины. В распространенном гиперкинезе, как правило, участвуют мышцы шеи и головы: повороты, наклоны, запрокидывания головы назад. Прослеживается связь характера и выраженности гиперкинезов с возрастом больного: чем старше ребенок, тем разнообразнее картина тиков.

Варианты течения тиков у детей: транзиторный и хронический.

Транзиторное течение тиков характеризуется полным исчезновением симптомов заболевания за период наблюдения 3 года, оно типично для локальных и распространенных тиков.

Для ремиттирующего (волнообразного) течения характерна сменяемость обострений тиков регрессом симптомов – полным или до локальных единичных тиков в домашней обстановке. При локальных и распространенных тиках обострение длится от нескольких

недель до 3 мес., ремиссии сохраняются от 2-6 мес. до 1 года, в редких случаях до 5-6 лет.

### **Транзиторное тиковое расстройство (F95.0)**

Для данного расстройства характерно наличие одиночных или множественных двигательных и/или голосовых тиков. Тики появляются много раз в день, почти каждый день за период не менее 2 недель, но не больше чем в течение 12 месяцев. В анамнезе должны отсутствовать проявления синдрома Жиля де ля Туретта или хронические двигательные или голосовые тики. Начало заболевания в возрасте до 18 лет.

**Этиология и патогенез** Транзиторное тиковое расстройство имеет, скорее всего, либо невыраженное органическое, либо психогенное происхождение. Органические тики чаще встречаются в семейном анамнезе. Психогенные тики наиболее часто подвергаются спонтанной ремиссии.

**Распространенность** Транзиторное тиковое расстройство имеет от 5 до 24% детей школьного возраста. Распространенность тиков не известна.

#### **Клиника**

Среди других вариантов наиболее частая разновидность тиков в возрасте 4—5 лет.

Клинические проявления:

- ✓ гримасничание лица: сморщивания лба, поднятия бровей, моргания век, зажмуривания, сморщивания носа, дрожания ноздрей, сжимания рта, оскаливания зубов, покусывания губ, высовывания языка.
- ✓ подергивания головы: вытягивания нижней челюсти, наклонов или покачивания головой, скручивания шеи, вращения головой.
- ✓ руки: потирание, подергивание пальцами, перекручивание пальцев, сжатие рук в кулак.
- ✓ тело и нижние конечности: пожимание плечами, дергание ногами, странная походка, покачивание туловищем, подпрыгивание.
- ✓ органы дыхания: икота, зевота, принюхивание, шумное выдувание воздуха, свистящий вздох, усиленное дыхание
- ✓ органы пищеварения: отрыжка, сосательные или чмокающие звуки, покашливание, прочищение горла.

#### **Дифференциальная диагностика**

- ✓ двигательные нарушения - дистонические, хореоформные, атетоидные, миоклонические
- ✓ хорея Гентингтона
- ✓ хорея Сиденхема
- ✓ Паркинсонизм
- ✓ побочные действия психотропных препаратов.

### **Хроническое двигательное или голосовое тиковое расстройство (F95.1)**

Разновидность тикового расстройства, при котором есть или имелись множественные двигательные тики и один или более голосовых тиков, возникающие не одновременно. Начало заболевания в детском или подростковом возрасте. Характерно развитие двигательных тиков перед голосовыми тиковыми расстройствами. Симптоматика часто ухудшается в подростковом возрасте.

#### **Этиология и патогенез**

- ✓ генетические факторы
- ✓ нарушения нейрохимической функции центральной нервной системы.

**Распространенность** Сочетание хронических двигательных или голосовых тиков встречается у 1,6% населения.

**Клиника** Характерно наличие либо двигательных, либо голосовых тиков, но не обоих вместе. Тики появляются много раз в день, почти каждый день или периодически в

течение более одного года. Начало в возрасте до 18 лет. Типы тиков и их локализация сходны с транзиторными.

Хронические голосовые тики встречаются реже, чем хронические двигательные. Голосовые тики часто не громкие и не сильные, состоят из шумов, создаваемых сокращением гортани, живота, диафрагмы.

Редко они бывают множественными с взрывчатыми, повторяющимися вокализациями, откашливанием, хрюканием. Как и двигательные тики, голосовые тики могут быть самопроизвольно подавлены на некоторое время, исчезать во время сна и усиливаться под воздействием стрессовых факторов.

#### **Дифференциальная диагностика с**

- ✓ тремором
- ✓ манерностью
- ✓ стереотипиями (наклоны головы, раскачивания тела при детском аутизме или умственной отсталости).

**Прогноз** благоприятен в случае заболевания детей в возрасте 6—8 лет. Прогноз не благоприятен, если тики охватывают конечности или туловище.

### **Комбинированное голосовое и множественное двигательное тиковое расстройство (синдром де ля Туретта) (F95.2)**

Gilles de la Tourette впервые описал это заболевание в 1885 г., изучив его в клинике Шарко в Париже. Современные представления о синдроме Жюль де ля Туретта сформировались благодаря работам Артура и Элейн Шапиро (60—80-е гг. XX в.).

Синдром Туретта характеризуется как психоневрологическое заболевание с множественными двигательными и голосовыми тиками (моргание, покашливание, произношение фраз или слов, например «нет»), то усиливающимися, то ослабевающими. Возникает в детском или подростковом возрасте, имеет хроническое течение и сопровождается неврологическими, поведенческими и эмоциональными нарушениями.

**Распространенность** Синдрома Туретта - 1 случай на 1000 детского населения у мальчиков и 1 на 10 000 у девочек (Зыков В.П., 2003; Robertson M.Br., 1989). Данные о распространенности синдрома противоречивы. Полностью выраженный синдром де ля Туретта встречается 1 на 2000 (0,05%). Риск заболевания в течение жизни составляет 0,1—1%. Во взрослом возрасте синдром начинается в 10 раз реже, чем у детей. Генетические данные свидетельствуют об аутосомно-доминантном наследовании синдрома Жюль де ля Туретта с неполной пенетрантностью.

Наибольший риск развития этого заболевания имеют сыновья матерей с синдромом де ля Туретта или неврозом навязчивых состояний.

#### **Критерии синдрома Туретта, приведенные в DSM-III-R:**

1. Генерализованные двигательные, в том числе однократные или повторные, вокальные тики, которые присутствуют в картине заболевания, хотя и не обязательно в одно и то же время.
2. Возникновение тиков много раз в день (обычно сериями) почти ежедневно или периодами на протяжении года и более.
3. Изменчивость локализации, количества, частоты, сложности и тяжести тиков.
4. Начало заболевания до 21 года.
5. Появление симптоматики без связи с интоксикацией психоактивными веществами либо с известными болезнями нервной системы, такими как хорей Гентингтона или вирусный энцефалит.

Для установления диагноза синдрома Туретта рекомендуется наблюдение больного в течение года.

У большинства больных с синдромом Туретта детского возраста первыми проявлениями заболевания служат лицевые тики и подергивания плеча. В интервале от 6 мес. до 3 лет гиперкинез распространяется на верхние и нижние конечности. Наиболее

частыми гиперкинезами при синдроме Туретта являются сгибание и разгибание кисти и пальцев, разгибание головы назад (ретроколлис), сокращение мышц живота, подпрыгивания и приседания.

Отмечают две тенденции в распространении гиперкинезов: направление сверху вниз, или голова – нога, и сменяемость одних тиков другими. У больных с синдромом Туретта могут встречаться хореоформные и дистонические гиперкинезы.

**Вокальные тики.** Единичные, простые вокальные тики могут встречаться в изолированном виде и в большинстве случаев имеют благоприятный прогноз. К простым вокальным тикам относятся хмыканье, кряхтение, подкашливание, «прочистка горла», шумное дыхание, свист. Возможны варианты отдельных звуков: и-и, ай, у-у.

**Сложные вокальные тики** - характеризуются произношением отдельных слов, ругательств (**копролалия**), повторением слов (**эхолалия, панлилалия**).

**Этиология и патогенез** Выявлены морфологические и медиаторные основы синдрома в виде диффузных нарушений функциональной активности преимущественно в базальных ядрах и лобных долях. Предполагается определенная роль некоторых нейромедиаторов и нейромодуляторов, включая дофамин, серотонин, эндогенные опиоиды. Основную роль играет генетическая предрасположенность к данному расстройству.

**Клиника** Синдром Жиля де ля Туретта протекает волнообразно. В 6—7 лет появляются тики мышц лица, головы или шеи, затем в течение нескольких лет они распространяются сверху вниз. Голосовые тики обычно появляются в 8—9 лет, а в 11—12 присоединяются навязчивости и сложные тики. У 40—75% больных имеются черты синдрома гиперактивности с дефицитом внимания. Со временем симптоматика стабилизируется. Отмечается частое сочетание синдрома с парциальными задержками развития, тревожностью, агрессивностью, навязчивостями. У детей с синдромом Жиля де ля Туретта часто бывают трудности в обучении.

#### **Дифференциальная диагностика**

- ✓ Хорея Сиденгама (малая хорея) является следствием неврологического осложнения ревматизма, при нем наблюдаются хореические и атетозные (медленные червеобразные) движения, обычно рук и пальцев и движения туловища.
- ✓ Хорея Гентингтона является аутосомно-доминантным заболеванием, проявляющимся деменцией и хореей с гиперкинезами (нерегулярные, спастические движения, обычно конечностей и лица).
- ✓ Болезнь Паркинсона — это заболевание позднего возраста, характеризующееся маскообразностью лица, нарушениями походки, повышением мышечного тонуса («зубчатое колесо»), тремором покоя в виде «катания пилуль».
- ✓ Нейролептические гиперкинезы.

### **Другие эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте (F98)**

#### **Неорганический энурез (F98.0)**

Характеризуется произвольным мочеиспусканием днем и/или ночью, не соответствующим умственному возрасту ребенка.

**Этиология и патогенез** Контроль над мочевым пузырем развивается постепенно, на него влияют особенности нейромышечной системы, когнитивные функции и генетические факторы. Нарушения одного из этих компонентов способствуют развитию энуреза. 75% детей с неорганическим энурезом имеют близких родственников, страдающих энурезом, что подтверждает роль генетических факторов. Большинство страдающих энурезом детей имеют анатомически нормальный мочевой пузырь, но он «функционально мал». Психологический стресс - рождение сиблинга, начало обучения в школе, распад семьи, переезд на новое место жительства может усиливать энурез.

**Распространенность** Заболевание встречается у 7% мальчиков и 3% девочек в возрасте 5 лет, у 3 % мальчиков и 2% девочек в возрасте 10 лет. Дневной энурез встречается у 2% 5-летних детей. Дневной энурез в отличие от ночного энуреза встречается чаще у девочек. Психические нарушения имеются лишь у 20% детей с неорганическим энурезом. В последние годы все чаще в литературе появляются описания редких форм эпилепсии: эпилептический вариант энуреза у детей (5—12 лет).

**Клиника** Неорганический тип энуреза может наблюдаться с рождения — «первичный» (в 80%), или возникать вслед за периодом более 1 года, приобретенного контроля над мочевым пузырем — «вторичный». Позднее начало обычно наблюдается в возрасте 5—7 лет. Энурез может быть моносимптомом или сочетаться с другими эмоциональными или поведенческими расстройствами, и составляет первичный диагноз, если непроизвольное мочеиспускание наблюдается несколько раз в неделю, или если другие симптомы показывают временную связь с энурезом. Энурез не связан с какой-либо определенной фазой сна. Эмоциональные и социальные проблемы, возникающие вследствие энуреза, включают низкую самооценку, чувство собственной неполноценности, ограничения в социальном плане, скованность и внутрисемейные конфликты.

**Диагностика** Минимальный хронологический возраст для постановки диагноза должен быть 5 лет, а минимальный умственный возраст — 4 года.

**Критерии:**

- ✓ Непроизвольные или произвольные мочеиспускания в постель или одежду могут наблюдаться в течение дня (F98.0) или ночи (F98.01) или наблюдаться в течение ночи и дня (F98.02).
- ✓ По меньшей мере, два эпизода в месяц для детей в возрасте 5—6 лет и одно событие в месяц для детей старше 6 лет.
- ✓ Расстройство не связано с физическим заболеванием (сахарный диабет, инфекции мочевых путей, эпилептические припадки, умственная отсталость, шизофрения и другие психические заболевания).
- ✓ Длительность расстройства не менее 3 месяцев.

**Дифференциальная диагностика**

Необходимо исключать возможные органические причины возникновения энуреза:

- ✓ органические факторы в виде нарушения мочеполовой системы: структурные, неврологические, инфекционные (уропатия, цистит, скрытая расщелина позвоночника)
- ✓ органические расстройства, обуславливающие полиурию — сахарный или несахарный диабет
- ✓ расстройства сознания и сна (опьянение, сомнамбулизм, эпилептические припадки)
- ✓ побочные явления лечения некоторыми антипсихотическими препаратами (тиоридазин).

### **Неорганический энкопрез (F98.1)**

Неорганический энкопрез — недержание кала в возрасте, когда физиологически контроль над деятельностью кишечника должен быть выработан и когда завершено обучение пользованию туалетом.

Контроль над кишечником развивается последовательно со способности воздерживаться от опорожнения кишечника ночью, потом днем.

Достижение этих особенностей в развитии определяется физиологическим созреванием, интеллектуальными способностями, степенью культуры.

**Этиология и патогенез**

Отсутствие или недостаточно эффективное обучение пользованию туалетом может приводить к задержке навыка, сдерживать опорожнение кишечника. Причины:

- ✓ недостаточность сократительной функции кишечника
- ✓ наличие сопутствующего психического расстройства

- ✓ проблемы развития нервной системы (отвлекаемость, гиперактивность)
- ✓ стрессовые факторы (рождение сиблинга, разводы родителей, изменение места жительства, начало школьного обучения).
- ✓ психологические факторы (отвращение, сопротивление, неспособность подчиняться социальным нормам, при нормальном физиологическом контроле над дефекацией).
- ✓ физиологическая задержка кала с вторичным переполнением кишечника и отхождением кала в неподходящих места (как результат конфликтов между родителями и ребенком при обучении контролю за кишечником или из-за болезненного акта дефекации).

**Распространенность** Неорганический энкопрез наблюдается у 6% трехлетних и у 1,5% 7-летних детей. Соотношение мальчиков и девочек составляет 4:1. Энкопрез наблюдается в дневные часы, если он происходит и ночью — прогноз неблагоприятный.

**Клиника** Диагностические признаки - произвольный, либо непроизвольный акт дефекации в неподходящих местах. Выделение экскрементов (в постель, одежду, на пол). Частота не менее одного проявления в месяц в течение не менее 6 мес. Хронологический и умственный возраст не менее 4 лет. Неорганический энкопрез не связан с соматическим заболеванием. В некоторых случаях энкопрез сопровождается размазыванием кала по телу, окружающей обстановке или введением пальца в анус и мастурбацией. При этом часто наблюдается сопутствующие эмоциональные и поведенческие расстройства.

Первичный энкопрез: если расстройству не предшествовал период контроля над функцией кишечника не менее 1 года.

Вторичный энкопрез: расстройству предшествовал период контроля над функцией кишечника длительностью 1 год и более.

#### **Дифференциальная диагностика**

- ✓ энкопрез, обусловленный органическим заболеванием (аганглиоз толстой кишки), расщелиной позвоночника
- ✓ хронические запоры, включающие перегрузку калом и последующее пачкание полужидкими фекалиями в результате «переполнения кишечника».
- ✓ В некоторых случаях энкопрез и запоры могут сосуществовать, в таких случаях ставится диагноз энкопреза с дополнительным соматическим кодированием состояния, обусловившего запор.

### **Расстройство питания в младенчестве и детстве (F98.2)**

Нарушения питания специфичны для младенческого и раннего детского возраста. Расстройство включает отказ от пищи, крайнюю привередливость при наличии адекватного количества и качества пищи и кормящего лица; при отсутствии органического заболевания. В качестве сопутствующего расстройства может отмечаться жевание жвачки «Rumination» (повторные срыгивания без тошноты и нарушений функционирования желудочно-кишечного тракта). В эту группу включено расстройство срыгивания в младенчестве.

#### **Этиология и патогенез**

- ✓ расстройства отношений между матерью и ребенком.
- ✓ чрезмерная стимуляция и напряжение.

В результате неадекватных взаимоотношений с матерью, ребенок недополучает достаточной эмоциональной удовлетворенности и стимуляции и вынужден искать удовлетворения сам. В этом нарушении определенную роль играет дисфункция вегетативной нервной системы. Некоторое число детей с данным расстройством имеют гастроэзофагальный рефлюкс или грыжу пищеводного отверстия диафрагмы, иногда частые срыгивания являются симптомом внутричерепной гипертензии.

**Распространенность** Встречается редко. Наблюдается у детей от 3 мес. до 1 года и у умственно отсталых детей. Частота встречаемости среди девочек и мальчиков 1:1.

### **Диагностические критерии**

- ✓ Повторяющиеся приступы отрыгивания без рвоты длительностью не менее 1 месяца.
- ✓ Снижение массы тела или невозможность достигнуть желаемой массы тела.
- ✓ Характерна поза с напряжением и выгнутой спиной, голова кзади. Ребенок совершает сосательные движения языком, и создается впечатление, что он получает удовольствие от своей деятельности.
- ✓ Младенец раздражен и голоден в промежутках между периодами отрыгивания.
- ✓ Усиление недоразвития или задержки развития во всех сферах.
- ✓ Расстройство может проявляться в виде аномальной привередливости, атипичного недоедания или переедания.

### **Дифференциальная диагностика.**

- ✓ врожденная аномалия или инфекции желудочно-кишечного тракта (заболевания, которые могут обуславливать отрыгивание пищи)
- ✓ состояния, когда ребенок берет пищу от иных взрослых, чем кормящих лиц или воспитателей;
- ✓ органические заболевания, достаточные для объяснения отказа от пищи;
- ✓ нервная анорексия
- ✓ общее психическое расстройство
- ✓ трудности питания или нарушения управления питанием (R63.3).

### **Поедание несъедобного (Пика) в младенчестве и детстве (F98.3)**

Характеризуется стойким питанием непищевыми веществами (грязь, краски, клей). Пика может возникать как один из многих симптомов, являясь частью психического расстройства или может встречаться как относительно изолированное психопатологическое поведение.

#### **Этиология и патогенез**

Причины:

- ✓ результат ненормальных отношений между матерью и ребенком, влияющих на неудовлетворительное состояние оральных потребностей
- ✓ специфический дефицит питания
- ✓ культуральные факторы
- ✓ наличие умственной отсталости.

**Распространенность** Заболевание наиболее распространено среди детей с умственной отсталостью, однако может наблюдаться и у маленьких детей с нормальным интеллектом. Частота встречаемости — 10 — 32,3% детей от 1 года до 6 лет. Частота встречаемости среди девочек и мальчиков 1:1.

**Клиника** Поедание несъедобных веществ считается патологическим с возраста 18 месяцев. Дети пробуют краску, штукатурку, веревки, волосы, одежду, грязь, фекалии животных, камни, бумагу.

#### **Диагностические критерии**

- ✓ Повторяющееся употребление в пищу непищевых веществ в течение 1 месяца.
- ✓ Клинические проявления не отвечают критериям расстройств аутизма, шизофрении, синдрома Кляйна — Левина.

Пика обычно проходит к подростковому возрасту (за исключением у умственно отсталых детей).

#### **Дифференциальная диагностика**

- ✓ аутизм
- ✓ шизофрения
- ✓ физические расстройства (синдром Кляйна — Левина).
- ✓ патология поведения у детей с недоразвитием какого-то органа

## Заикание (F98.5)

Заикание — частые повторения или пролонгация звуков, слогов или слов; или же частые остановки, нерешительность в речи с нарушениями ее плавности и ритмического течения.

**Этиология и патогенез** Точные этиологические факторы не известны. Выдвинуты ряд гипотез:

- ✓ Теории «блока заикания» (генетическая, психогенная, семантогенная). Основа теории — церебральная доминантность речевых центров с конституциональной предрасположенностью к развитию заикания вследствие стрессогенных факторов.
- ✓ Теории начала (включают теорию срыва, теорию потребностей и теорию антиципации).
- ✓ Теория научения основана на объяснении принципов природы подкрепления.
- ✓ Кибернетическая теория (заикание объясняется срывом обратной связи, так как речь — автоматический процесс по типу обратной связи).
- ✓ Теория изменения функционального состояния мозга (заикание является следствием неполной специализации и латерализации языковых функций).
- ✓ Теория генетически наследуемого неврологического расстройства.

**Распространенность** Заиканием страдает от 5 до 8% детей. Расстройство в 3 раза чаще встречается у мальчиков, чем у девочек.

**Клиника** Диагноз ставится при продолжительности заикания не менее 3 месяцев.

Заикание обычно начинается в возрасте до 12 лет, в большинстве случаев имеется два острых периода — между 2—4 и 5—7 годами. Расстройство начинается с повторения начальных согласных или целых слов, которые являются началом предложения. По мере прогрессирования заикания повторения становятся более частыми. При чтении вслух, пении, разговоре с домашними животными или неодушевленными предметами заикание может отсутствовать.

**Тонико-клоническое заикание** характеризуется нарушением ритма, плавности речи в виде запинок и остановок с частым повышением вокала и выраженными нарушениями дыхания, сопутствующими речи. Наблюдаются дополнительные движения в мышцах лица, шеи, конечностей.

В течении заикания выделяют:

**1 фаза** — дошкольный период. Расстройство появляется эпизодически с длительными периодами нормальной речи. После такого периода может наступать выздоровление. Во время этой фазы заикание отмечается тогда, когда дети взволнованы, огорчены или когда им нужно много говорить.

**2 фаза** возникает в начальной школе. Расстройство носит хронический характер с очень небольшими периодами нормальной речи. Дети осознают и болезненно переживают свой недостаток. Заикание касается основных частей речи — существительных, глаголов, прилагательных и наречий.

**3 фаза** наступает после 8—9 лет и длится до подросткового возраста. Заикание возникает или усиливается только в определенных ситуациях (вызов к доске, покупка в магазине, разговор по телефону и др.). Некоторые слова и звуки являются более трудными, чем остальные.

**4 фаза** бывает у подростков в старшем возрасте. Типичными являются подмена слов и приступы многословия, страх перед заиканием, избегание ситуаций, требующих речевого общения. При хроническом типе заикания — фрустрация, тревога, депрессия.

Течение заикания обычно хроническое, с периодами частичных ремиссий. От 50 до 80 % детей с заиканием, особенно в легких случаях, выздоравливают.

Осложнения расстройства включают снижение успеваемости в школе из-за стеснительности, страха речевых нарушений; ограничения в выборе профессии.

**Дифференциальная диагностика**

- ✓ Спастическая дисфония (патологический паттерн дыхания).

- ✓ Нечеткость речи (в отличие от заикания характеризуется беспорядочными и дизритмичными речевыми паттернами в виде быстрых и резких вспышек слов и фраз, отсутствует осознание своего недостатка).

### **Речь взхлеб (F98.6)**

Речь взхлеб это расстройство беглости речи, включающее нарушение скорости и ритма речи, в результате чего речь становится непонятной.

**Этиология и патогенез** Причины возникновения расстройства неизвестны. У лиц, страдающих данным расстройством, наблюдаются аналогичные случаи среди членов семьи.

**Распространенность** Сведений о распространенности нет. Чаще встречается у мальчиков, чем у девочек.

**Клиника** Речь беспорядочная, неритмичная, состоящая из быстрых и резких вспышек, которые обычно содержат неправильно составленные фразы (периоды пауз и вспышек речи не связаны с грамматической структурой предложения).

Расстройство начинается в возрасте между 2 и 8 годами. Развивается в течение нескольких недель или месяцев, ухудшается в ситуациях эмоционального стресса. Для постановки диагноза необходима продолжительность не менее 3 месяцев.

#### **Дифференциальная диагностика**

Основная дифференциально-диагностическая особенность - при речи взхлеб субъект обычно не осознает своего расстройства.

- ✓ Заикания
- ✓ Другие расстройства развития речи.

## **НАРУШЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

**Задержка развития.** Под термином «задержка развития» понимают синдромы временного отставания развития психики в целом или отдельных ее функций (моторных, сенсорных, речевых, эмоционально-волевых), замедленного темпа реализации закодированных в генотипе свойств организма.

Характерные признаки: начало расстройства в младенчестве или детстве; наличие повреждения или задержки в развитии функций, тесно связанных с биологическим созреванием центральной нервной системы; постоянное течение без ремиссий или рецидивов, характерных для многих психических расстройств.

Состояние психического недоразвития – это многочисленные синдромы ранней и стойкой общей отсталости с преобладанием интеллектуального дефекта.

Диагностика общего психического недоразвития у детей раннего возраста включает:

- ✓ Изучение семейного анамнеза, анамнеза пренатального развития, течения родов, периода новорожденности, ранней постнатальной жизни (до 3-х лет) и дальнейшего развития.
- ✓ Генетические исследования.
- ✓ Пренатальные диагностические процедуры (амниоцентез, исследования ультразвуком, ЭЭГ плода).
- ✓ Биохимические и лабораторные методы исследования.
- ✓ Соматоневрологические обследования.
- ✓ Параклинические методы – ЭЭГ, ЭХО-ЭС, КТ мозга.

Диагностика психического недоразвития предусматривает четыре оси (в соответствии с классификацией детских психических расстройств ВОЗ).

Первая ось – характеристика клинического синдрома интеллектуального недоразвития.

Вторая ось – соответствует определению интеллектуального уровня.

Третья ось учитывает биологические, этиологические факторы.

Четвертая ось используется для оценки сопутствующих психосоциальных влияний (нарушение внутриличностных отношений, недостаточный контроль поведения ребенка, социальная и материнская депривация).

Синдромы задержки развития занимают разное, хотя и временное, положение в клинической картине заболевания и имеют разную динамику. Являясь следствием временно действующих факторов (недостаточности стимулов, ранней депривации, плохого ухода), задержка темпа развития может иметь обратимый характер и полностью ликвидироваться через ускоренную фазу созревания или запоздалое окончание созревания. В клинике органических заболеваний мозга задержка развития может быть результатом нарушенного функционирования частично поврежденных структур или функционально связанных с ними (вторичная задержка). При резидуальном характере поражения задержка развития заканчивается более или менее выраженным дефектом функции или ее компенсацией через другие, неповрежденные, звенья.

Следовательно, **диагностика задержки развития** правомерна лишь временно, до тех пор, пока либо произойдет выравнивание функции, либо проявит себя определенной симптоматикой синдром слабоумия, частичного или общего недоразвития. В результате излишней осторожности нередко наблюдается смешение понятий «**задержка**» и «**недоразвитие**» у детей младшего возраста, что является причиной запоздалой диагностики умственной отсталости у детей, неоправданной успокоенности медиков и воспитателей и несвоевременного применения мер медико-педагогической коррекции. Нередко отмечаются и такие ошибки, как преувеличение психической недостаточности из-за диагностики «по впечатлению» (при недоразвитой речи, невыразительной экстрапирамидной мимике, слюнотечении), хотя интеллектуальное развитие таких детей может быть лишь вторично задержано вследствие множественных локальных дефектов.

Диагностика синдрома задержки развития должна основываться на:

- ✓ признаках временности,
- ✓ недостаточности функции,
- ✓ особенности ее структуры.

Четко определить степень недостаточности, характеризующей задержку, весьма трудно, так как количественная сторона ее подчас может превышать недостаточность некоторых сторон психического и моторного развития при дебильности (ходьбы, экспрессивной речи). Более важной является качественная оценка недостаточности функции. Во всяком случае недостаточность при задержке развития не должна превышать один общепринятый период в развитии, ибо каждый период имеет именно специфические качественные особенности становления функции.

**Для первичных задержек** существенны следующие особенности:

- ✓ гармоничность функции, то есть сохранение адекватных отношений структурных элементов данной функции (например, задержанная речь, в отличие от недоразвитой, соответствует речи ребенка более раннего возраста);
- ✓ недостаточность высших уровней данной функции, а не первичных, элементарных; например, проявлением моторной задержки может быть недостаточность тонких движений из-за незрелости корковых отделов двигательного-кинестетического анализатора, а не нарушение экстрапирамидной моторики, созревающей на ранних этапах онтогенеза; о задержке развития интеллекта в старшем дошкольном возрасте можно судить по недостаточности словесно-логического (репрезентативного) мышления, а не наглядно-действенного его уровня, формирующегося уже в предыдущий период развития;
- ✓ отсутствие искажения развития функции, то есть замены тех или иных элементов ненужными, нецелесообразными (стереотипиями, персеверациями и т.д.);
- ✓ наличие зоны «ближайшего развития» (по Выготскому), или потенциального уровня функции, выявляемой в обучающем эксперименте по использованию помощи и, особенно, при возможности логического переноса приобретенного в эксперименте опыта.

**Вторичные задержки** обычно касаются сложных функций интеллекта или личностных свойств и возникают в результате дефекта элементарных предпосылок, выпадения локальных функций. Гармоничность структуры вторично задержанной функции не может быть ведущим признаком, ибо страдает та сторона, которая базируется на необходимой для ее развития первично пострадавшей элементарной функции. Например, задержка развития речи при тугоухости не соответствует речи ребенка младшего возраста, а имеет специфические особенности: искажение слов с сохранением в них преимущественно ударных слогов, смешение глухих и звонких, шипящих и свистящих, мягких и твердых звуков. А задержка интеллектуального развития при глухоте, слепоте содержат, прежде всего, особенности, связанные с выпадением соответствующего сенсорного канала связи с внешним миром. Именно наличие соответствия тех или иных особенностей психической задержки характеру первичного дефекта важно в диагностике вторичных задержек.

В настоящее время в детской психиатрии термин «задержка психического развития» широко используется в нозологическом смысле для обозначения разнообразных нетяжелых аномалий развития, в том числе пограничной умственной отсталости, при которых синдром задержки эмоционально-волевых или интеллектуальных функций является основным, определяющим прогноз, возможность обучения и социальной адаптации. Этиологически и клинически – это разнородная группа состояний (психический инфантилизм, церебрастенический синдром с дефектом некоторых высших корковых функций, психоорганический синдром). Общим признаком является относительно лучшее состояние собственно интеллектуальных функций, чем при умственной отсталости, преимущественное нарушение отдельных предпосылок, наличие системных и локальных дефектов, положительная динамика при правильном обучении, тенденция к компенсации дефектных предпосылок и выравнивание вторично задержанных функций.

**Парциальное недоразвитие** психических функций может возникнуть из-за наследственного дизонтогенеза или раннего очагового поражения мозга, речевых, премоторных зон, осуществляющих пространственный синтез, регуляцию и контроль поведения, целенаправленную деятельность и т.д. Хотя в развивающейся психике не может быть совершенно изолированных дефектов (они непременно сказываются на развитии вышестоящих функций, задерживая или искажая их), однако, значительное место в группе пограничных форм психического недоразвития занимают состояния с преобладающей недостаточностью тех или иных сторон психики, существенно отличающиеся от общего психического недоразвития (олигофрении). К таковым относятся в первую очередь разнообразные виды **психического инфантилизма**, характеризующиеся сочетанием эмоционально-волевой, личностной незрелости и тех или иных этиоспецифических признаков (психоорганических, психоэндокринных, невропатических и др.), определяющих аномальное формирование личности при практически нормальном интеллекте. Поэтому только на определенном этапе их можно условно отнести к задержкам психического развития. Благоприятный прогноз в смысле “дозревания” наблюдается лишь при некоторых таких состояниях, относящихся главным образом к так называемому простому (В.В. Ковалев, 1985), или гармоническому (Г.Е. Сухарева, 1985), инфантилизму. Наиболее стойкими вариантами оказываются дисгармонический, органический, эндокринный инфантилизм, в частности наблюдаемый при аномалиях половых хромосом (например, при синдроме Шерешевского – Тернера). Диагностика инфантилизма основывается на обнаружении такого признака, как преобладание в поведении черт эмоционально-волевой незрелости:

- ✓ не соответствующей возрасту повышенной внушаемости,
- ✓ игровой направленности и стремлений к получению удовольствий как основной мотивации поведения,
- ✓ беспечности,

✓ безответственности.

Чем больше в клинической картине наблюдается черт дисгармоничности, диспропорционального развития, дополнительных симптомов, свидетельствующих о нарушении интеллектуальной сферы, тем больше оснований для определения инфантилизма как парциального недоразвития.

Среди вариантов парциального недоразвития чаще всего встречается **алалия**, или **недоразвитие речи**, ранняя диагностика которого и отграничение от олигофрении дают возможность провести значительную коррекцию речи и ликвидировать вторичную интеллектуальную задержку (при своевременно оказанной логопедической помощи таким детям). В зависимости от степени недоразвития (I – отсутствие общеупотребительной речи; II – зачатки общеупотребительной речи; III – развернутая речь с элементами лексико-грамматического и фонетического недоразвития) дети в 4-5 лет еще не говорят или речь их дефектная, рудиментарная. Недоразвитая речь, в отличие от задержки речи, у детей дошкольного возраста характеризуется резкими фонетическими дефектами, плохой дифференциацией звуков, перестановкой звуков и слогов в словах, неправильным употреблением предлогов, глагольных форм, несогласованностью в роде, числе, падеже; часто сочетается с дислексией, дисграфией. Если преобладают элементы сенсорной алалии, дети не понимают речи окружающих, что нарушает их обучение и по другим предметам; собственная речь у них либо отсутствует, либо бессвязна, так как не контролируется пониманием. При алалии познавательные способности у детей сохранены, что проявляется в хорошем уровне выполнения неречевых заданий. Дети в общении используют жесты, заменяющие или дополняющие их неполноценную речь, проявляют избирательность в контактах, личностное, иногда невротическое, реагирование на свой дефект. При тяжелой алалии и в педагогически запущенных случаях речевая интеллектуальная недостаточность может остаться на том или ином уровне стойкой, ограничивающей в дальнейшем выбор профессии, требующей точных речевых формулировок. Прогноз и динамика зависит от степени выраженности и ранней педагогической коррекции.

Кроме относительно очерченных синдромов парциальных задержек и недоразвитий, среди детей значительно распространены легкие проявления недостаточности тех или иных функций психики, психомоторики, нейровегетативной регуляции (часто в их сочетании) конституциональной или резидуально-органической природы. Эти расстройства, описанные под разными названиями дифференцированных и недифференцированных синдромов, в наиболее обобщенном виде известны под названием **“минимальная мозговая дисфункция”**. К минимальной мозговой дисфункции относят разные нарушения поведения и обучения, не связанные с дефектами воспитания или психотравмами, сочетающиеся со средним, ниже среднего и выше среднего интеллектом. К симптомам минимальной мозговой дисфункции относят:

- ✓ нарушения внимания и работоспособности,
- ✓ недостаточность пространственных представлений,
- ✓ нарушение ориентировки во времени,
- ✓ затруднения в обучении письма, счету, рисованию,
- ✓ нарушения речи,
- ✓ моторную неуклюжесть,
- ✓ гипер- и гипоактивность,
- ✓ слабую память,
- ✓ энурез,
- ✓ энкопрез,
- ✓ агрессивность,
- ✓ импульсивность,
- ✓ нарушения сна, раскачивания во сне,
- ✓ эмоциональную неустойчивость.

Симптомы, описанные выше рассматриваются в разных рубриках МКБ 10-го пересмотра среди невротоподобных, психоорганических расстройств, специфических задержек

В диагностике их имеют значение не только анамнестические сведения об отсутствии конфликтной ситуации, дефектов воспитания, но и такие особенности, как:

- ✓ слабость той или иной функции с раннего возраста,
- ✓ слабая личностная реакция на тот или иной недостаток, независимость его проявления от ситуации,
- ✓ сочетание нескольких симптомов,
- ✓ наличие в неврологическом статусе церебральной резидуальной органической микросимптоматики.

В структуре психопатологических расстройств у больных с интеллектуальной дефицитарностью наиболее часто встречается гипердинамический синдром, поведенческие нарушения в виде аффективной неустойчивости, патологические привычные действия, фобии. У большинства детей зафиксировано изменение фенотипа с множественными дисплазиями (черепа, лица, ушных раковин, скелета), неспособность овладеть навыками чтения, письма, счета. Преимущественные формы интеллектуальной дефицитарности, затрудняющие процесс адаптации: брадипсихический вариант, дислалический, диспрактический, дисмнестический.

### **Специфические расстройства развития речи (F80)**

**Клинические особенности.** Позднее овладение разговорной речью (в сравнении с возрастными нормами). Задержка развития речи часто сопровождается трудностями в чтении и письме, нарушениями межперсональных связей, эмоциональными и поведенческими расстройствами.

Причина специфических расстройств развития речи неизвестна. Нормальное речевое развитие нарушено на ранних этапах онтогенеза.

#### **Дифференциальная диагностика**

Проводят с **умственной отсталостью** — при данном диагнозе задержка речевого развития находится в соответствии с общим уровнем когнитивного функционирования и является частью общего отставания умственного развития или общей задержки развития. Расстройства развития речи следует отличать от **вторичных расстройств** вследствие глухоты или других специфических неврологических нарушений. Тяжелая глухота в раннем детстве всегда ведет к задержке и искажению речевого развития, но расстройства речи в данном случае являются следствием повреждения слуха.

### **Специфическое расстройство артикуляции речи (F80.0)**

Характеризуется частым и повторяющимся нарушением звуков речи. Использование ребенком звуков ниже уровня, соответствующего его умственному возрасту — то есть приобретение ребенком звуков речи, либо задержано, либо отклоняется, приводя к дизартикуляции с трудностями в понимании его речи, пропускам, заменам, искажениям речевых звуков, изменениям в зависимости от их сочетания (то говорит правильно, то нет). Большинство речевых звуков приобретает к 6—7 годам, к 11 годам все звуки должны быть приобретены. В более тяжелых случаях расстройство распознается в возрасте около 3 лет. В более легких случаях клинические проявления могут не распознаваться до 6 лет.

Специфическое расстройство артикуляции речи не может быть вызвано структурной или неврологической патологией и сопровождается нормальным развитием языковой сферы.

**Этиология и патогенез** Причина расстройств развития артикуляции речи неизвестна. Предположительно, в основе нарушения речи лежит задержка развития или созревания нейрональных связей и неврологических процессов, а не органическая

дисфункция. Высокий процент детей с данным расстройством, у которых многие родственники страдают сходными расстройствами, указывает на генетический компонент. При специфическом расстройстве артикуляции речи нет тонкой дифференциации моторных кинестетических поз языка, неба, губ; мозговая основа — активность постцентральных отделов левого полушария головного мозга.

### **Распространенность**

Частота расстройств развития артикуляции установлена у 10% детей младше 8 лет и у 5% детей старше 8 лет. Это расстройство встречается в 2—3 раза чаще у мальчиков, чем у девочек.

### **Клиника**

- ✓ дефект артикуляции, с устойчивой неспособностью применять в соответствии с ожидаемым уровнем развития звуки речи
- ✓ нарушается произношение речевых звуков, которые наиболее поздно появляются в онтогенезе (но никогда не нарушается произношение гласных звуков)
- ✓ нарушения артикуляции речи по типу пропусков звуков
- ✓ замены и искажения артикуляции речи
- ✓ сопутствующие расстройства социального, эмоционального и поведенческого характера. У 1/3 этих детей отмечается наличие психического расстройства.

### **Дифференциальная диагностика** Включает три стадии:

1. Выделение степени выраженности расстройства артикуляции.
2. Исключение физической патологии, которая могла бы обусловить нарушение произношения, дизартрии, нарушения слуха или умственной отсталости.
3. Исключение расстройства развития экспрессивной речи, общего расстройства развития.

Для нарушений артикуляции, обусловленных структурной или неврологической патологией (*дизартрия*) характерны малая скорость речи, некоординированное двигательное поведение, расстройства вегетативных функций, например жевательной, сосательной. Возможны патология губ, языка, неба, мышечная слабость. Расстройство касается всех фонем, включая гласные.

### **Расстройство экспрессивной речи (F80.1)**

Расстройство экспрессивной речи это специфическое нарушение развития, при котором способность ребенка использовать выразительную разговорную речь заметно ниже уровня, соответствующего его умственному возрасту. Понимание речи в пределах нормы.

**Этиология и патогенез** Причина расстройства развития экспрессивной речи неизвестна. Минимальная мозговая дисфункция или задержка формирования функциональных нейрональных систем выдвигаются в качестве возможных причин. Наличие семейного анамнеза указывает на генетическую детерминированность данного расстройства. Нейропсихологический механизм расстройства может быть связан с кинетическим компонентом, при заинтересованности в процессе премоторных отделов мозга или заднелобных структур; с несформированностью номинативной функции речи или несформированностью пространственного представления речи (височно-теменные отделы и зона теменно-височно-затылочного перекреста) при условии нормальной левополушарной локализации речевых центров и нарушений функционирования именно в левом полушарии.

**Распространенность** Частота расстройств экспрессивной речи колеблется от 3 до 10% у детей школьного возраста. В 2—3 раза чаще встречается у мальчиков, чем у девочек. Более часто встречается среди детей, в семейном анамнезе которых встречаются расстройства артикуляции или другие расстройства развития.

**Клиника** Тяжелые формы расстройства обычно проявляются до 3 лет. Отсутствие отдельных словообразований — к 2 и простых предложений и фраз к 3 годам — признак задержки.

Более поздние нарушения — ограниченное словарное развитие, использование небольшого набора шаблонных слов, трудности в подборе синонимов, сокращенное произношение, незрелая структура предложений, синтаксические ошибки, пропуски словесных окончаний, приставок, неправильное использование предлогов, местоимений, спряжений, склонений глаголов и существительных. Отсутствие плавности в изложении, отсутствие последовательности в изложении и при пересказе. Понимание речи не затруднено. Характерно адекватное использование невербальных реплик, жестов, стремление к общению. Артикуляция обычно незрелая. Могут быть компенсаторные эмоциональные реакции во взаимоотношениях со сверстниками, поведенческие расстройства, невнимательность. Расстройство развития координации и функциональный тип энуреза часто являются сопутствующими нарушениями.

#### **Диагностика**

Показатели экспрессивной речи существенно ниже, чем показатели, полученные по невербальным интеллектуальным способностям (невербальная часть теста Векслера).

Расстройство экспрессивной речи значительно препятствует успехам в школе и повседневной жизни, требующим выражения в вербальной форме.

Не связано с общими расстройствами развития, дефектом слуха или неврологическим расстройством.

#### **Дифференциальная диагностика**

- ✓ умственная отсталость
- ✓ общие расстройства развития
- ✓ приобретенная афазия или дисфазия.

### **Расстройство рецептивной речи (F80.2)**

Расстройство рецептивной речи это специфическое нарушение развития, при котором понимание ребенком речи ниже уровня, соответствующего его умственному развитию. Часто дефект фонетико-фонематического анализа и словесно-звукового произношения. Для обозначения этого расстройства применяются термины:

- ✓ афазия или дисфазия развития
- ✓ рецептивный тип (сенсорная афазия)
- ✓ словесная глухота
- ✓ врожденная слуховая невосприимчивость
- ✓ сенсорная афазия Вернике, связанная с развитием.

#### **Этиология и патогенез**

Причина расстройств рецептивной речи неизвестна. Имеют место теории минимального органического поражения головного мозга, задержки нейронального развития, генетической предрасположенности, однако окончательного подтверждения ни одна из теорий не получила. Возможные нейропсихологические механизмы — нарушения зоны звуко различения — задние отделы левой височной области, или нарушения дифференцирования невербальных компонентов речи вследствие дисфункции правого полушария головного мозга. Большинство детей с расстройством развития рецептивной речи лучше реагируют на звуки окружающей среды, чем на звуки речи.

**Распространенность** Частота расстройства варьирует от 3 до 10% у детей школьного возраста. Встречается в 2—3 раза чаще у мальчиков, чем у девочек.

**Клиника** Расстройство обычно обнаруживается в возрасте около 4 лет.

Ранние признаки расстройства рецептивной речи:

- ✓ неспособность реагировать на знакомые названия (в отсутствие невербальных реплик) с раннего возраста
- ✓ неспособность идентифицировать несколько предметов к 18 месяцам

- ✓ неспособность следовать простым инструкциям в возрасте 2 лет.
- Поздние нарушения:
- ✓ неспособность к пониманию грамматических структур — отрицаний, сравнений, вопросов
  - ✓ непонимание паралингвистических составляющих речи — тон голоса, жесты.
  - ✓ нарушение восприятия просодических характеристик речи.

Отличие таких детей в нормальной подражательной речи — «милая речь с обилием литеральных парафазий» — что-то слышит, но отражает близкими по звучанию словами. При этом характерно нормальное использование жестов, нормальные ролевые игры и отношение к родителям, гиперактивность, невнимательность, социальная неприспособленность, тревога, чувствительность и застенчивость, изоляция от сверстников.

#### **Дифференциальная диагностика**

- ✓ нарушения слуха
- ✓ умственная отсталость
- ✓ приобретенная афазия
- ✓ общие расстройства развития.

#### **Приобретенная афазия с эпилепсией (синдром Ландау — Клеффнера) (F80.3)**

Приобретенная афазия с эпилепсией представляет собой регресс речевых навыков после периода нормального речевого развития. Основные черты — сенсомоторная афазия, эпилептические изменения ЭЭГ в виде мультифокальных спайков и комплексов спайк-волна (заинтересованы височные отделы мозга, чаще билатерально) и эпилептические припадки.

**Этиология и патогенез** В большинстве случаев неизвестна. Предположительно наличие энцефалитического процесса. У 12% детей с синдромом Ландау — Клеффнера в семейном анамнезе выявляются случаи эпилепсии. Инструментальные методы исследования (пневмоэнцефалография, КТ, ангиография) не выявляют морфологических нарушений. Биопсия мозга и серологические исследования дают неоднозначные результаты и не позволяют подтвердить наличие специфической энцефалопатии.

**Клиника** Типично начало в возрасте 3—7 лет, но может возникать раньше и позже. В начале заболевания наблюдается относительно медленно прогрессирующее нарушение понимания речи. С нейропсихологической точки зрения развивается слуховая вербальная агнозия. В дальнейшем к нарушению понимания речи присоединяются расстройства экспрессивной речи. Спонтанная речь исчезает в течение нескольких недель или месяцев. Часто наблюдается полная утрата речи. Операциональная сторона мышления остается сохранной. У 50% детей с синдромом Ландау — Клеффнера выявляются расстройства поведения, в первую очередь гипердинамический синдром. Клинически эпилептические приступы проявляются только в 70% случаев. В 1/3 случаев отмечается единичный приступ или эпилептический статус в начале заболевания. После достижения 10-летнего возраста приступы наблюдаются только у 20% больных, а после 15 лет прекращаются. На ЭЭГ регистрируются множественные, билатеральные высокоамплитудные спайки и комплексы спайк-волна, наиболее выраженные в височных областях. С возрастом эпилептические проявления в ЭЭГ становятся менее заметными и к 15—16 годам исчезают у всех больных. В подростковом возрасте отмечается незначительное улучшение речи. Однако при сенсомоторной афазии речь полностью не восстанавливается. Прогноз восстановления речи зависит от возраста манифестации и времени начала противосудорожной терапии и восстановительных логопедических занятий.

Большинство детей с данным расстройством, чаще попадает в поле зрения клиницистов даже не по поводу припадков и, тем более, не речевых расстройств, а по

поводу поведенческих нарушений — «расторможенность», гиперкинезы. Нейрофизиологи указывают, что ЭЭГ - это единственный патогномичный критерий выявления синдрома на тех стадиях, когда правильное лечение еще может спасти речь, хотя прогноз неблагоприятный.

### **Специфические расстройства развития школьных навыков (F81)**

Специфические расстройства развития школьных навыков возникают вследствие нарушений в обработке когнитивной информации в результате биологической дисфункции. Школьные навыки — не только функция биологического созревания, они должны быть преподааны и усвоены. Нормальное приобретение навыков нарушено с ранних стадий развития, оно не является следствием неблагоприятных условий обучения и не связано с получением мозговой травмы или болезни. Эти нарушения не являются прямым следствием других состояний — умственной отсталости, грубых неврологических дефектов, эмоциональных или гностических расстройств. Специфические нарушения школьных навыков охватывают группы расстройств, проявляющихся специфической и значительной неудовлетворительностью в обучении школьным навыкам в конкретной возрастной группе-классе, популяции, школе.

Школьные достижения необходимо оценивать с учетом динамики развития (динамика взросления).

Тип проявлений расстройств с возрастом изменяется — задержка речи в дошкольные годы исчезает в разговорной речи, но сменяется специфической задержкой чтения, что в свою очередь уменьшается в подростковом возрасте, а в юности — это нарушения спеллингования/письма.

**Диагностика** Диагностика нарушений проводится на основе психолого-педагогического тестирования. Нарушение должно присутствовать с первых лет обучения, а не развиваться в ходе образования. Нарушения не должны быть обусловлены нелечеными или некорригированными зрительными или слуховыми расстройствами.

#### **Диагностические критерии**

- ✓ наличие задержек или отклонений в развитии речи в дошкольном периоде;
- ✓ сопутствующие проблемы — невнимательность или повышенная активность, эмоциональные нарушения или нарушения в поведении;
- ✓ наличие качественных нарушений — явное отличие от нормы;
- ✓ неадекватная реакция на терапию (отсутствие эффекта при усилении помощи дома и/или в школе).

Специфические расстройства развития школьных навыков включают:

- ✓ специфическое нарушение навыков чтения «дислексия»;
- ✓ специфическое нарушение навыков письма «дисграфия»;
- ✓ специфическое нарушение арифметических навыков «дискалькулия»;
- ✓ смешанное расстройство школьных навыков «трудности обучения».

### **Специфическое расстройство развития двигательных функций (F82)**

Специфическое расстройство развития двигательных функций является серьезным нарушением двигательной координации, которое нельзя объяснить общей интеллектуальной отсталостью, врожденным или приобретенным неврологическим расстройством, дисплазией развития. Диагноз ставится, если нарушение значительно влияет на способности к обучению или повседневную жизнь. Характерно наличие моторной неуклюжести с некоторой степенью нарушений зрительно-пространственных когнитивных задач.

#### **Этиология и патогенез**

- ✓ Факторы развития
- ✓ Органические факторы.

Гипотеза развития предполагает причину специфических расстройств развития двигательных функций в несформированности или задержке развития перцептивно-моторных навыков. Согласно этой теории, возможен благоприятный прогноз, так как наступает созревание заинтересованных в патологическом процессе структур головного мозга.

Соответственно **органической теории** минимальные мозговые инсульты или дисфункции создают предрасположенность к развитию расстройства двигательных функций. Специфические расстройства развития двигательных функций являются следствием пренатальных и перинатальных осложнений (токсикоза беременности у матери, гипоксии плода, малой массы тела при рождении; внутриутробных событий, которые могут обусловить травму мозга или физическую травму плода или новорожденного). Синдром детской неуклюжести диагностируют как минимальную мозговую дисфункцию, но в настоящее время этот термин не рекомендуется, так как имеет много различных и порой противоречивых значений.

**Распространенность** Частота специфических расстройств развития двигательных функций у детей в возрасте от 5 до 11 лет составляет 6%. Соотношение заболеваемости мальчиков и девочек неизвестно, однако, как и при большинстве расстройств развития, больше поражаются мальчики, чем девочки. Данных о большем проценте случаев среди родственников не имеется.

#### **Клиника**

В младенчестве и раннем детстве расстройство проявляется как задержка в достижении нормальных этапов развития (в поворотах, ползании, сидении, стоянии, ходьбе). Трудности координации не обусловлены дефектами зрения, слуха, неврологическими расстройствами.

В возрасте 2—4 лет неловкость проявляется во всех сферах деятельности, требующих двигательной координации (дети неуклюжи в своих движениях, медленно обучаются бегать, прыгать, подниматься и спускаться по ступеням, не удерживают в руках предметы, легко их роняют). Вероятны трудности в завязывании шнурков, ловле мяча, расстегивании и застегивании пуговиц. Степень нарушений варьирует от нарушений «тонкой моторики» (плохой почерк) до грубой двигательной дискоординации. Возможны стертые нарушения речи, которые носят в большей степени сопутствующий характер (чаще включающие тонкую артикуляцию).

Характерны плохие навыки рисования, дети плохо выполняют задания с составными картинками, конструкторами, строительными моделями, не ориентируются в настольных играх, распознавании карт — это дети с типичной подкорковой дисфункцией, незрелостью правого полушария головного мозга и/или нарушениями становления межполушарных взаимоотношений.

Во время осмотра выявляются:

- ✓ незрелость развития нервной системы
- ✓ наличие тотальных синкинезий и зеркальных движений
- ✓ признаки плохой тонкой моторной координации.
- ✓ отсутствуют неврологические расстройства, проявления детского церебрального паралича (ДЦП), мышечная дистрофия.

В старшем возрасте часто имеются вторичные расстройства (плохая успеваемость в школе, нарушения в сфере эмоций и поведения, тенденция к заниженной самооценке, замкнутости). Двигательная неловкость сохраняется в подростковом возрасте и в течение всей взрослой жизни.

#### **Диагностические критерии.**

- ✓ Успешность двигательных координированных действий существенно ниже ожидаемого уровня, соответствующего хронологическому возрасту и интеллектуальным способностям.
- ✓ Двигательное расстройство значительно влияет на успехи в обучении.

✓ Расстройство не связано с физическим заболеванием (ДЦП, гемиплегия, мышечная дистрофия).

#### **Дифференциальная диагностика**

✓ Умственная отсталость (общее снижение уровня выполнения всех видов деятельности, как в вербальной, так и в невербальной сфере)

✓ Общие расстройства развития, особенно сочетающиеся с расстройствами в двигательной сфере.

✓ Неврологические и нейромышечные заболевания (ДЦП, мышечная дистрофия, гемиплегия) сопровождаются наличием неврологических знаков.

#### **Общие расстройства развития (F84)**

Общие расстройства развития - группа расстройств, характеризующихся качественными аномалиями в социальном общении и ограниченным, стереотипным, повторяющимся набором интересов и действий.

Развитие нарушено с младенчества, всегда в первые 5 лет.

В некоторых случаях расстройства сочетаются и предположительно обусловлены врожденной краснухой, туберозным склерозом, церебральным липидозом, хрупкостью Х-хромосомы. Любое из сопутствующих состояний кодируется отдельно. При наличии умственной отсталости обязательно кодировать и ее (F70 — F79), но она не является обязательным признаком общих расстройств развития.

#### **Детский аутизм (F84.0)**

Первые описания этого расстройства были сделаны Henry Maudsley (1867). В 1943 г. Leo Kanner в труде «Аутистические расстройства аффективного общения» дал отчетливое описание этого синдрома, назвав его «инфантильным аутизмом».

К собственно детскому аутизму относятся:

- ✓ аутистическое расстройство
- ✓ инфантильный аутизм
- ✓ инфантильный психоз
- ✓ синдром Каннера.

**Этиология и патогенез** Причины детского аутизма до конца не известны.

Существует ряд клинически и экспериментально подтвержденных гипотез об этиопатогенезе расстройства:

- ✓ слабость инстинктов и аффективной сферы;
- ✓ информационная блокада, связанная с расстройствами восприятия;
- ✓ нарушение переработки слуховых впечатлений, ведущее к блокаде контактов;
- ✓ нарушение активирующего влияния ретикулярной формации ствола мозга;
- ✓ нарушение функционирования лобно-лимбического комплекса, ведущее к расстройству мотивации и планирования поведения;
- ✓ искажения обмена серотонина и функционирования серотонинэргических систем мозга;
- ✓ нарушения парного функционирования полушарий головного мозга.
- ✓ психологические и психоаналитические причины расстройства.
- ✓ генетические факторы (в семьях, страдающих аутизмом, данное заболевание встречается чаще, чем среди населения в целом).

**Распространенность** Распространенность детского аутизма составляет 4—5 случаев на 10000 детей. Преобладают первородные мальчики (в 3—5 раз чаще, чем девочки). У девочек аутизм имеет более тяжелое течение, и, как правило, в этих семьях уже встречались случаи с когнитивными нарушениями.

**Клиника** У детей страдающих аутизмом отсутствует необходимость в общении с окружающими. Они практически не пользуются разговорной речью, а если они говорят,

то манера говорить весьма специфична - дети не употребляют личных местоимений, аутичный ребенок говорит о себе во втором или в третьем лице. При этом речь фрагментирована, монотонна, изобилует неологизмами, эхологическими фрагментами.

Отличительной поведением аутичных детей является, то что они никогда не смотрят в глаза другому человеку. Также для поведения детей с синдромом Каннера характерным является большой интерес к разнообразным механическим предметам и необыкновенная ловкость в обращении с ними. К обществу же аутисты, напротив, проявляют очевидное равнодушие, у них отсутствует потребность сопоставлять себя с другими людьми или со своим собственным «Я».

При этом отмечается сверхизбирательность контакта: общение только с одним человеком (чаще всего с матерью), даже полная зависимость от него – так называемая «симбиотическая связь». Контакт с внешним миром, в этом случае, осуществляется только через этого человека (чаще мать), ребенок находится в постоянном страхе его потери.

Согласно данным клинико-анамнестического исследования у обследованных детей в младенческом возрасте патологии физического и психического развития переплетаются особенно тесно. Возможны трудности кормления таких детей: вялое сосание, ранний отказ от груди, избирательность в принятии прикорма. Функция пищеварения неустойчива, часто нарушается, отмечается склонность к запорам.

Когда дети аутисты начинали ходить, то обычно не следовали за родителями по дому, не обнаруживали страха остаться одному или встречи с посторонним. В более старшем возрасте появляются элементы привязанности в отношениях с родными, но сверстников они избегают или не выражают интереса к общению с ними. В играх и общении с родными отсутствует подражание поведению окружающих.

Однако чрезмерная антипатия страдающих аутизмом детей к контактам с другими людьми смягчается радостью, которую они нередко испытывают, когда с ними обращаются как с совсем еще маленькими. В этом случае ребенок не будет уклоняться от ласковых прикосновений до тех пор, пока вы не начнете настаивать, чтобы он посмотрел на вас или поговорил с вами.

Дети аутисты по сравнению со здоровыми сверстниками значительно реже жалуются. На конфликтную ситуацию они, как правило, реагируют криком, агрессивными действиями либо занимают пассивно-оборонительную позицию. Обращение за помощью к старшим чрезвычайно редки.

Дисфорические вспышки являются постоянной реакцией на малейшие изменения внешней обстановки и распорядка дня, на стимуляцию к освоению какой-то новой деятельности.

Для синдрома детского аутизма характерным является нарушение цикла сон-бодрствование. Таким детям очень трудно заснуть, период сна может быть сокращен до минимума, к тому же, отсутствует регулярность сна. Некоторые дети не могут засыпать в одиночку, с ними непременно должны находиться отец или мать. Некоторые дети не могут засыпать в собственной кровати, засыпают на каком-нибудь определенном стуле и только в сонном состоянии их можно перенести в кровать. Есть и такие дети которые засыпают лишь прикоснувшись к родителям

Для аутичных детей были характерны необычные пристрастия, фантазии, влечения, причем они полностью захватывали ребенка, его было невозможно отвлечь, от этих действий, диапазон которых очень широк. Одни дети раскачиваются, перебирают пальцами, теребят веревочку, рвут бумагу, бегают по кругу или от стены к стене. Другие проявляют необычные пристрастия к схемам движения транспорта, планам улиц, электропроводки и т.д. У некоторых имеются фантастические идеи перевоплощения в животное или сказочный персонаж. Часть детей стремятся к странным, неприятным на обычный взгляд действиям: залезают в подвалы на помойки, постоянно рисуют жестокие сцены насилия, проявляют агрессивность, в своих поступках, обнаруживают сексуальное

влечение. Такие особые действия, пристрастия, фантазии играют важную роль в патологическом приспособлении детей аутистов к окружающему и к себе.

Обращает на себя внимание однообразный и односторонний характер развития способностей и увлечений детей аутистов: они любят перечитывать одни и те же книги, коллекционировать однообразные предметы.

Дети аутисты ни на одном возрастном этапе не играют со сверстниками в сюжетные игры, не принимают социальных ролей и не воспроизводят в играх ситуации, отражающие реальные жизненные отношения (профессиональные, семейные и др.). Интерес и склонность к воспроизведению такого рода взаимоотношений у них отсутствует.

Недостаточная социальная направленность, порождаемая аутизмом, у этих детей проявляется в отсутствии интереса не только к ролевым играм, но и к просмотру кинофильмов и телепередач, отражающих межличностные отношения.

При аутизме наиболее отчетливо проявляются явления асинхронии формирования функций и систем: развитие речи нередко обгоняет развитие моторики, абстрактное мышление опережает развитие наглядно-действенного и конкретно-образного. Ранее развитие формально-логического мышления усиливает способность к абстракции и способствует безграничным возможностям для умственных упражнений, не ограниченных рамками социально значимых оценок.

### **Диагностика**

#### **Критерии:**

- ✓ невозможность устанавливать полноценные отношения с людьми с начала жизни;
- ✓ крайняя отгороженность от внешнего мира с игнорированием средовых раздражителей до тех пор, пока они не становятся болезненными;
- ✓ недостаточность коммуникативного использования речи;
- ✓ отсутствие или недостаточность зрительного контакта;
- ✓ страх изменений в окружающей обстановке («феномен тождества» по Kanner);
- ✓ непосредственные и отставленные эхолалии («граммофонная попугайная речь» по Kanner);
- ✓ задержка развития «Я»;
- ✓ стереотипные игры с неигровыми предметами;
- ✓ клиническое проявление симптоматики не позднее 2—3 лет.

При использовании этих критериев важно:

- ✓ не расширять содержание;
- ✓ строить диагностику на синдромологическом уровне, а не на основе формальной фиксации наличия тех или иных симптомов;
- ✓ учитывать наличие или отсутствие процессуальной динамики выявляемых симптомов;
- ✓ принимать во внимание, что неспособность к установлению контакта с другими людьми создает условия для социальной депривации, ведущей к симптомам вторичных задержек развития и компенсаторных образований.

#### **Дифференциальная диагностика**

- ✓ Психозы детского возраста
- ✓ Аутистическая психопатия Аспергера.
- ✓ Детская шизофрения (редко встречается в возрасте до 7 лет, сопровождается галлюцинациями или бредом, умственная отсталость не типична).
- ✓ Расстройства слуха. Аутистичные дети редко лепечут, в то время как у глухих детей отмечается относительно нормальное лепетание до 1 года. Аудиограмма и вызванные потенциалы указывают на значительную потерю слуха у глухих детей.
- ✓ Расстройство развития речи отличается от аутизма тем, что ребенок адекватно реагирует на людей и способен к невербальному общению.
- ✓ Умственная отсталость (40—70% аутистичных детей страдают умеренной или выраженной умственной отсталостью). Критерии дифференциальной диагностики:

- 1) умственно отсталые дети обычно относятся к взрослым и другим детям в соответствии со своим возрастом;
  - 2) умственно отсталые дети используют речь, которой владеют в той или иной степени для общения с другими;
  - 3) у умственно отсталых детей имеет место относительно ровный профиль задержки без «осколков» усиленных функций;
  - 4) у ребенка с детским аутизмом речь поражается сильнее, чем другие способности.
- ✓ Дезинтегративный (регрессивный) психоз (липоидоз, лейкоцистрофия или болезнь Геллера) обычно начинается в возрасте от 3 до 5 лет.

Заболевание начинается после периода нормального развития и прогрессирует в течение нескольких месяцев с развитием нарушений интеллекта, всех сфер поведения со стереотипиями и манерностью. Прогноз неблагоприятный.

**Терапия** Основными акцентами лечебной программы детей страдающих детским аутизмом являются стимуляция речевого и социального развития ребенка и контроль над дезадаптивным поведением. Работа по модификации поведения и воспитанию в структурированном окружении проводится в тесном контакте с семьей больного. Программа поведенческой терапии должна быть индивидуализированной. Важно обеспечить преемственность наблюдения, чтобы убедиться, что приобретенные в клинических условиях навыки продолжают использоваться больным и в семье. Поэтому пребывание в стационаре не должно быть излишне продолжительным.

Наиболее оптимальной для коррекционной работы с детьми аутистами является обучение по программе ТЕАССН (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children), направленное на облегчение социально-бытовой адаптации аутичного человека с помощью зрительной организации внешней среды.

Первыми шагами в процессе обучения служат установление контакта с ребенком, исследования его возможностей, особенностей и интересов и работа по общей организации его поведения. Стереотипность, свойственная аутистам, можно хорошо использовать для формирования бытовых стереотипов. При обучении навыкам речь должна быть четкой и краткой, следует продумать фразы, сопровождающие действия, которые будут повторяться раз за разом. Необходимо сначала подключать ребенка к самым легким операциям, подчеркивая, как у него хорошо и ловко все получается, какой он сильный, как быстро одевается, аккуратно ест и т.п.

Прежде чем начать обучение, следует тщательно продумать схему действий, выбрать наиболее удобную и простую последовательность действий для конкретной имеющейся ситуации. Например, при умывании найти удобное место для мыла, зубной щетки, какой рукой лучше брать щетку, а какой – пасту. Эти детали, не имеющие значения для обычных детей, могут оказаться критическими при обучении аутичного ребенка.

При обучении важен ритм занятия, необходимо учитывать, что аутичный ребенок способен очень недолго оставаться в ситуации, когда от него требуется произвольное внимание и выполнение произвольных действий.

Уменьшению тревожности, упорядочиванию поведения аутичного ребенка способствует и конструктивная организация его жизни. Существование четкого распорядка дня, семейных привычек и традиций, если последовательность событий предсказуема, они неукоснительно должны соблюдаться, повторяясь изо дня в день (еда, прогулка, сон, занятия и т.д.). Сочетание четкой пространственной организации, расписаний и игровых моментов может заметно облегчить обучение аутичного ребенка навыкам бытового поведения.

Очень важным в терапии детского аутизма является использование специальной диеты, базирующееся на опиодной теории патогенеза детского аутизма. Согласно данной теории у детей страдающих аутизмом в желудочно-кишечном тракте не происходит расщепление двух белков – глютена и казеина. Нерасщепленные остатки казеина и

глютена представляют собой два пептида - казо – и глидил-морфин. Химическая структура этих пептидов очень близка к сильно действующим морфино-подобным веществам, оказывающим разрушающее действие на ЦНС. Таким образом в основе элиминационной диеты лежит исключение из рациона ребенка четырех компонентов: глютена, казеина, глутамата натрия и аспартама.

Глютен содержится в четырех видах круп: пшеничной, ржаной, овсяной и ячменной. Казеин – белок, содержащийся во всех видах животного молока и молочных продуктов. Глутамат натрия – мононатриевая соль, встречающаяся в природе в виде глутаминовой кислоты, используется как пищевая добавка в производстве некоторых продуктов и напитков. Аспартам – искусственное низкокалорийное подслащающее средство.

Детям аутистам строго запрещается употребление следующих продуктов: пшеница, рожь, овес, геркулес, толокно, манка, ячневая и перловая крупы, молоко и молочные продукты, продукты содержащие солод, глутаминовую кислоту и аспартам.

Кроме психокоррекционных мероприятий и элиминационной диеты необходимой является медикаментозная терапия. В комплексе терапевтических мероприятий используется атипичный нейрелептик Рисперон, церебролизин, луцетам, фенибут развернутыми курсами для купирования, сглаживания задержек психического развития и некоторого смягчения аутистических расстройств. Нормализация цикла сон-бодорствование.

### **Синдром Ретта (F84.2)**

Прогрессирующее дегенеративное заболевание ЦНС предположительно генетического происхождения, встречается преимущественно у девочек, названо по имени австрийского ученого А. Rett, впервые описавшего его в 1966 г. Автор сообщил о 31 девочке с регрессией психического развития, аутистичным поведением, утратой целенаправленных движений и появлением особых стереотипных двигательных актов, «сжимания рук».

#### **Этиология и патогенез**

✓ Наследственная природа заболевания (генетическая природа связывается с ломкой X-хромосомой и наличием мутаций в генах — регуляторах процесса репликации). Выявлен селективный дефицит ряда регулирующих рост дендритов белков, низкое количество глутаминовых рецепторов в базальных ганглиях, дофаминергических рецепторов в хвостатом ядре, нарушения холинергической функции.

✓ Гипотеза «прерванного развития» (дефицит нейротрофических факторов, выдвинул D. Armstrong). Предполагается поражение нижних моторных нейронов, базальных ганглиев, вовлечение спинного мозга, ствола и гипоталамуса.

Анализ морфологических изменений при синдроме Ретта указывает на замедление развития мозга после рождения и остановку его роста к 4-летнему возрасту. Выявлено замедление роста тела и отдельных органов (сердца, печени, почек, селезенки).

**Распространенность** Частота его относительно высока — 1:10 000 девочек. В мире описано более 20 тыс. случаев заболевания; большинство из них спорадические, менее 1% — семейные. При изучении близнецов показана конкордантность по синдрому Ретта монозиготных и дискордантность дизиготных пар. Географическое распространение синдрома Ретта неравномерно. Отмечено скопление больных в определенных небольших сельских районах «Ретт-ареалы», что может быть связано с существующими популяционными изолятами. Такая концентрация заболевания наблюдается в Норвегии, Италии, Албании и Венгрии.

**Клиника** В ante- и перинатальном периодах, в первом полугодии жизни развитие оценивается как нормальное. Однако во многих случаях наблюдаются врожденная гипотония, незначительное отставание в становлении основных двигательных навыков. Начало заболевания от 4 мес. до 2,5 лет, но наиболее часто оно проявляется в возрасте от

6 мес. до 1,5 года. Описывая психопатологический процесс при синдроме Ретта, одни авторы говорят о «дементировании», другие — о неравномерности психических нарушений.

В течении заболевания выделяют 4 стадии:

I стадия (возраст ребенка 6—12 мес.): слабость мышечного тонуса, замедление роста в длину кистей, стоп, окружности головы.

II стадия (возраст 12—24 мес.): атаксия туловища и походки, машущие и подергивающие движения рук, необычные перебирания пальцами.

III стадия: утрата ранее приобретенных навыков, способности к игре, коммуникациям (в том числе визуальным).

IV стадия: распад речи, возникновение эхололий (в том числе ретардированных), неправильное употребление местоимений.

Первая стадия — стагнация (замедление психомоторного развития ребенка, замедление роста головы, потеря интереса к играм, диффузная мышечная гипотония).

Вторая стадия — регресса нервно-психического развития — (приступы беспокойства, «безутешного крика», нарушения сна). В течение нескольких недель ребенок утрачивает ранее приобретенные навыки, перестает говорить. Что часто ошибочно интерпретируется как аутизм. Появляются стереотипные движения — «мытье рук», их сжимание, стискивание, сосание и кусание рук, постукивание ими по груди и лицу, атаксия и апраксия. Нарушается равновесие при ходьбе, теряется способность ходить. Больше чем у половины детей отмечается аномальное дыхание в виде апноэ до 1—2 мин, чередующееся с периодами гипервентиляции. Дыхательные нарушения отмечаются в период бодрствования и отсутствуют во время сна. У 50—80% девочек с синдромом Ретта возникают эпилептические припадки различных типов, плохо поддающиеся терапии антиконвульсантами. Чаще всего это генерализованные тонико-клонические припадки, комплексные и простые парциальные судороги, дроп-атаки.

Третья стадия — псевдостационарная (дошкольный период и ранний школьный возраст). Состояние детей относительно стабильно. На первый план выступают глубокая умственная отсталость, судорожные припадки, экстрапирамидные расстройства по типу мышечной дистонии, атаксии, гиперкинезов. Приступов беспокойства не отмечается.

Четвертая стадия — прогрессирования двигательных нарушений (в конце первого десятилетия жизни). Больные становятся бездвиженными, нарастают спастичность, мышечные атрофии, вторичные деформации — сколиоз, появляются вазомоторные расстройства преимущественно в нижних конечностях. Характерно отставание в росте без задержки полового созревания. Имеется тенденция к развитию кахексии. Судорожные приступы редкие. У больных с синдромом Ретта на фоне тотального распада всех сфер деятельности наиболее длительно сохраняются эмоциональное общение и привязанности, соответствующие уровню их психического развития.

### **Диагностика**

Диагностические критерии синдрома Ретта по Е. Trevathan

Обязательные:

- ✓ нормальный пре- и перинатальный периоды;
- ✓ нормальное психомоторное развитие в течение первых 6—18 мес. жизни;
- ✓ нормальная окружность головы при рождении;
- ✓ замедление роста головы в период от 5 мес. до 4 лет;
- ✓ потеря приобретенных движений рук в возрасте от 6 до 30 мес., связанная по времени с нарушением общения;
- ✓ глубокое повреждение экспрессивной и импрессивной речи, грубая задержка психомоторного развития;
- ✓ стереотипные движения рук, напоминающие выжимание, стискивание рук, хлопки, «мытье рук», потирание их, появляющееся после потери целенаправленных движений;
- ✓ появление нарушений походки (апраксии и атаксии) в возрасте 1—4 лет.

Дополнительные:

- ✓ дыхательные расстройства (периодические апное во время бодрствования, перемежающееся гипервентиляцией, аэрофагия);
- ✓ судорожные припадки;
- ✓ спастичность, часто сочетающаяся с дистонией и атрофией мышц;
- ✓ сколиоз;
- ✓ задержка роста;
- ✓ гипотрофичные маленькие ступни;
- ✓ ЭЭГ аномалии (медленный фоновый ритм и периодическое замедление ритма до 3—5 Гц, описаны центральновисочные Spikes как при фрагильной X-хромосоме и роландической эпилепсии).

### **Дифференциальная диагностика**

Дифференциальный диагноз синдрома Ретта и раннего детского аутизма (РДА)  
(Международная конференция по синдрому Ретта, 1988)

Признак	Синдром Ретта	РДА
Аутистические черты в возрасте 6—18 мес.	Отсутствуют	Часто проявляются
Стереотипии	Ритмичные движения обеих рук по средней линии тела	Сложные стереотипии, не по средней линии
Стереотипные манипуляции с предметами	Отсутствуют	Типичны
Моторика туловища и походка	Прогрессирующая атаксия и апраксия	Манерность, иногда грациозность позы и походки
Судорожные припадки	Большие припадки, частота и полиморфизм	Значительно меньшие припадки, частота и полиморфизм
Расстройства дыхания, бруксизм, замедление роста головы и конечностей	Типичны	Отсутствуют

### **Другое дезинтегративное расстройство детского возраста (синдром Геллера, симбиотический психоз, детская деменция, болезнь Геллера — Цапперта) (F84.3)**

Быстро прогрессирующее слабоумие у детей раннего возраста (после периода нормального развития) с отчетливой потерей на протяжении нескольких месяцев ранее приобретенных навыков, с появлением аномалий социального, коммуникативного или поведенческого функционирования.

**Этиология и патогенез** Причины расстройства не выяснены. Преобладает представление о наличии органической природы заболевания.

**Клиника** После периода нормального развития до 2—3 лет в течение 6—12 мес. формируется тотальное слабоумие. Часто отмечается продромальный период неясной болезни: ребенок становится своенравным, раздражительным, тревожным и гиперактивным. Речь обедняется, а затем распадается. Утрачиваются ранее приобретенные поведенческие, игровые и социальные навыки, теряется контроль за функцией кишечника и мочевого пузыря, интерес к окружающей обстановке, характерны стереотипные двигательные действия. За ухудшением в течение нескольких месяцев следует состояние плато, затем может наступить незначительное улучшение. Расстройство часто сочетается с прогрессирующим неврологическим состоянием, которое обычно кодируется отдельно.

Прогноз заболевания неблагоприятный. Большинство больных остаются с тяжелой умственной отсталостью.

**Дифференциальная диагностика** Расстройство напоминает дементные состояния взрослого возраста, но отличается в 3 аспектах:

- ✓ нет доказательств распознанного органического заболевания или повреждения;
- ✓ потеря приобретенных навыков может сопровождаться некоторой степенью выздоровления и восстановления функций;
- ✓ нарушения общения имеют характер, сходный с аутизмом, а не с интеллектуальным снижением.

**Дифференциальная диагностика**

- ✓ аутизм,
- ✓ ранняя детская шизофрения.

### **Синдромом Аспергера (аутистическая психопатия, шизоидное расстройство детского возраста) (F84.5)**

Это редкое состояние впервые было описано Asperger (1944). Характеризуется нарушениями социального поведения (как при аутизме) в сочетании со стереотипными, повторяющимися действиями на фоне нормального когнитивного развития и речи.

**Этиология и патогенез** Причины аутистической психопатии неизвестны. Некоторые случаи, вероятно, представляют собой смягченный вариант детского аутизма, но в основном это самостоятельное заболевание. Симптомы обычно сохраняются во взрослом возрасте. Большинство больных с синдромом Аспергера в состоянии работать, но у них не складываются взаимоотношения с другими людьми, редко кто из них вступает в брак.

**Распространенность** Состояние встречается чаще у мальчиков (соотношение 8:1).

**Клиника** До 3-летнего возраста наблюдается период нормального развития. В последующем появляются нарушения во взаимоотношениях со взрослыми и сверстниками. Речь становится монотонной. Ребенок начинает держаться отстраненно, обособлено, много времени посвящает узкому, стереотипному кругу интересов. Поведение определяют импульсивность, контрастные аффекты, желания, представления. У некоторых детей обнаруживается способность к необычному, нестандартному пониманию себя и окружающих. Логическое мышление хорошо развито, но знания крайне неравномерны. Активное и пассивное внимание неустойчиво. В отличие от других случаев детского аутизма нет существенной задержки в речевом и когнитивном развитии. Во внешнем виде обращает на себя внимание отрешенное «красивое» выражение лица, мимика застывшая, взгляд обращен в пустоту, фиксация на лицах мимолетная. Иногда взгляд направлен «внутрь себя». Моторика угловатая, движения неритмичные, стереотипные. Коммуникативные функции речи ослаблены, она своеобразна по мелодике, ритму и темпу, голос то тихий, то резкий. Характерна привязанность к дому, а не к родным.

**Дифференциальная диагностика**

В отличие от детского аутизма, диагноз синдрома Аспергера основывается на следующих критериях:

- ✓ наличие нарушений общения
- ✓ нарушение социального взаимодействия
- ✓ ограниченное, стереотипное поведение, интересов и занятий
- ✓ отсутствие общей задержки речи и когнитивного развития.

## ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ И ФИЗИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ

### Расстройства приёма пищи Нервная анорексия (F50.0)

**Этиология** Причины нервной анорексии:

- ✓ нарушение периода идентификации, в основном у девочек возраста 12—18 лет
- ✓ снижение уровня гормонов гипоталамуса и гипофиза в результате сосудистой или опухолевой причины
- ✓ депрессия пубертатного возраста
- ✓ высокий уровень тревожности.

Если анорексия наблюдается в препубертате, то половое развитие мальчиков и девочек резко замедляется. Психоналитики считают, что анорексия обусловлена тревогой в оральном периоде. В эволюционном смысле, аноректика можно считать альтруистом, который оставляет еду для членов своей семьи.

**Клиника** В анамнезе пациенты отмечают снижение самооценки. Иногда подростки стремятся достигнуть конкретного Эго-идеала, например, киноактрисы, певицы. Рассматривая себя в зеркало, они видят явное несоответствие себя и идеала.

В пубертате при юношеской влюбленности анорексия может скрывать любовь без взаимности, депрессию.

Пациенты воспринимают себя слишком толстыми, хотя иногда они считают толстыми отдельные части своего тела (икры ног, щеки, ягодицы). У них возникает навязчивый страх располнеть, поэтому они могут избегать вечеринок, праздников, на которых возможно употребление большого количества еды и питья. У них возникает интерес к изучению калорийности пищи и избегание жирной пищи, поэтому часто они устанавливают для себя стереотипную диету, фиксируясь на одном-двух типах продуктов, чаще фруктов или овощей. Все это приводит к потере веса более чем на 15% по сравнению с ожидаемым весом, возникают вторичная астения и уменьшение социальной успешности. Пациенты стремятся снизить вес изнуряющими гимнастическими упражнениями. Характерными являются также аменорея у женщин и утрата полового влечения у мужчин.

#### Диагностика

Для постановки диагноза необходимы все следующие признаки:

- ✓ Вес тела сохраняется на 15% ниже ожидаемого.
- ✓ Потеря веса связана с избеганием пищи, рвотой, с приемом слабительных, чрезмерной гимнастикой, использованием средств, подавляющих аппетит, приемом диуретиков.
- ✓ Ужас перед ожирением становится сверхценной идеей и больной считает допустимым для себя лишь низкий вес.
- ✓ Аменорея у девушек
- ✓ Задержка пубертатного периода.

В клинике атипичной нервной анорексии отмечаются отдельные симптомы анорексии, например, дисморфоптические переживания или значительное падение веса в результате применения диеты.

#### Дифференциальная диагностика

- ✓ депрессия
- ✓ органическое поражение гипоталамо-гипофизарной системы (болезнь Симонса, болезнь Шихана)
- ✓ эпизоды анорексии у истерических личностей.
- ✓ Болезнь Шихана возникает у девочек в позднем пубертате, сопровождается кахексией, астенией и проходит после первых родов.

- ✓ Болезнь Симонса начинается в среднем возрасте, сопровождается психоэндокринным синдромом, галлюцинаторно-параноидными психозами и кахексией.
- ✓ У истерических личностей анорексия носит преходящий характер и понятна в контексте диссоциативной личности.

### **Нервная булимия (F50.2)**

Приступы переедания с чрезмерной озабоченностью и контролем веса тела.

**Этиология** Этиология нервной булимии совпадает с этиологией нервной анорексии. Однако при этом заболевании наряду с утратой пищевого влечения отмечаются эпизоды его повышения. В психоаналитическом смысле переедание и полнота могут быть защитой от повышенной сексуальности.

**Клиника** Пациенты жалуются на периоды, напоминающие приступы острого желания есть, навязчивые мысли и сновидения о еде. Навязчивость ликвидируется перееданием, при котором за короткий период времени съедается большое количество пищи, часть из которой может быть условно съедобной или испорченной. Далее, для предотвращения избыточного веса, пациенты вызывают у себя рвоту, принимают слабительное, мочегонное, длительно голодают, используют гормоны, подавляющие аппетит. Больные чувствуют себя слишком толстыми, испытывают навязчивый страх располнеть. За фасадом булимии может скрываться также клиника депрессии.

**Диагностика** Для диагноза требуются все следующие признаки:

- ✓ Непреодолимая тяга к пище, за короткое время пациент может съесть большое количество пищи.
- ✓ Противодействие эффекту ожирения с помощью рвоты, злоупотребления слабительными, периодов голодания, использования подавляющих аппетит препаратов.
- ✓ Установление больным низкого предела веса тела.

**Дифференциальная диагностика**

- ✓ эндокринная патология (булимия при сахарном диабете)
- ✓ булимия при диссоциативных и соматоформных расстройствах.

### **Расстройства сна неорганической природы (F51)**

В описание сна входит поведение сна (движение глазных яблок, перемещение в постели, снохождение), позы сна, звуки сна, нейрофизиологические стадии сна.

Варианты расстройств сна неорганической природы: диссомнии, парасомнии.

Диссомнии — первично психогенные состояния, при которых основным является эмоционально обусловленное нарушение количества, качества или времени сна, то есть инсомния, гиперсомния и расстройство цикла сон — бодрствование.

Парасомнии — возникающие во время сна аномальные эпизодические состояния психогенной природы — снохождение, ночные ужасы и кошмары.

**Этиология** Сон регулируется ретикулярной формацией и искажается при множестве психогенных причин.

**Клиника** Расстройство цикла сон — бодрствование, инсомния, гиперсомния, парасомния (снохождение, ночные ужасы и кошмары). Ночные кошмары и ужасы у детей и подростков могут являться источником фантазирования и бредаобразования. Изменение ритма и глубины сна почти всегда сочетается с переживанием слабости, раздражительности, снижением работоспособности.

**Дифференциальная диагностика:** нарушения сна органической природы (для которых характерны отсутствие связи с психогенией).

## **РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ**

### **Расстройства привычек и влечений (F63)**

**Этиология**

- ✓ генетическая парадигма

- ✓ личностные особенности
- ✓ особенности воспитания
- ✓ скрытые аффективные нарушения (тревога, мании, депрессии).

**Клиника** Повторяющиеся поступки, обусловленные сверхценными влечениями и привычками без ясной рациональной мотивации, которые противоречат интересам самого пациента и окружающих. Влечение не контролируется пациентом и носит компульсивный, насильственный характер. Отмечается снижение напряженности после реализации влечения.

**Дифференциальный диагноз** Расстройства привычек и влечений могут быть отдельными расстройствами и симптомами при депрессиях, маниях, бреде.

### **Патологическая склонность к азартным играм (людомания) (F63.0)**

**Этиология** неизвестна. Учащается во время стрессов и носит компульсивный характер.

**Клиника** Патологическая склонность к компьютерным играм с символическим выигрышем. Людомания способствует формированию зависимого расстройства личности, которое характеризуется переадресацией на объект игры, подчинением своих потребностей игре или доминантной личности, формированием психической зависимости. Вне игры у зависимых личностей возникает чувство беспомощности и страх перед самостоятельным решением. Профессиональная модификация поведения выражается в упрощении речевых оборотов, автоматических жестах. При внезапных проблемах (стирание информации, выход из строя компьютера) обнаруживаются эффекты «отсутствия», которые выражаются в психогенном застывании перед экраном, растерянности и астении, беспокойной суетливости.

### **Патологические поджоги (пиромания) (F63.1)**

**Этиология** Неизвестна. Рассматривается как вариант скрытой агрессии. Повышенное влечение к огню характерно для детского и особенно подросткового возраста.

**Клиника** Множественные акты или попытки поджогов без очевидных мотивов, а также размышлений о предметах, относящихся к огню и горению.

### **Патологическое воровство (клептомания) (F63.2)**

В основе патологического воровства лежит скрытое стремление к наказанию за проступок (мазохизм) или стремление к доминированию, лидерству путем раздачи украденных объектов.

**Клиника** Периодически испытываемое влечение к краже предметов, что не связано с личной необходимостью в них или материальной выгодой. Перед актом воровства повышается чувство напряжения и возникает чувство удовлетворения во время или сразу после акта воровства. Воровство совершается в одиночку. Между эпизодами воровства больные могут испытывать тревогу, чувство вины, но это не предупреждает рецидивы.

### **Трихотилломания (склонность к вырыванию волос) (F63.3)**

Трихотилломания рассматривается как вариант аутоагрессии.

**Этиология**

- ✓ депривация в детстве
- ✓ вариант дерматологической ипохондрии — синдром Галоппо
- ✓ скрытая депрессия
- ✓ скрытая тревога.

**Клиника** Расстройство, характеризующееся заметной потерей волос в связи с неспособностью противостоять влечению выдергивать волосы. Выдергиванию волос предшествует нарастающее напряжение, после чего испытывается чувство облегчения и удовлетворения. В результате трихотилломании возможна эпиляция значительных

фрагментов волосяного покрова. В редуцированной форме пациенты крутят волосы в момент задумчивости и отвлечения. Часто сочетается с грызением ногтей (онихофагией).

### **Расстройства половой идентификации**

#### **Расстройства половой идентификации у детей (F64.2)**

**Этиология** Нарушение дифференцировки мозговых структур, ответственных за половое поведение.

**Клиника** С раннего детства до начала пубертата отмечается постоянная, интенсивная неудовлетворенность по поводу пола, убежденность в принадлежности к противоположному полу. Чаще встречается у мальчиков. Демонстрируется поведение и одевание, соответствующее противоположному полу. Может предшествовать транссексуализму.

### **Психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией (F66)**

Этот раздел предназначен для описания проблем, которые происходят из особенностей сексуального развития или ориентации, при этом половое предпочтение не обязательно является аномальным или приводящим к дезадаптации. В пубертате отмечается неустойчивость сексуальной ориентации и возможна ее смена.

В семиотике сексуальных проявлений в детском возрасте следует основываться на общих закономерностях онтогенетического развития ребенка (Д.Н. Исаев, Б.Е. Микиртумов, 2002).

Сексуальные проявления у детей и подростков рассматриваются:

- ✓ как основные этапы формирования личности,
- ✓ или не учитываются при анализе личности, поведения или клинических проявлений заболевания.

**Клинические формы сексуальных проявлений у детей раннего возраста:**

- ✓ сосание языка или пальца\*
- ✓ яктация (раскачивание)
- ✓ мастурбация (сексуальное самовозбуждение путем манипуляций с гениталиями)
- ✓ фроттеризм
- ✓ детская ревность\*
- ✓ мазание калом\*

**Клинические формы сексуальных проявлений у детей дошкольного и младшего школьного возраста:**

- ✓ мастурбация
- ✓ различные сексуальные игры
- ✓ онихофагия\*.
- ✓ визионизм.

**Клинические формы сексуальных проявлений у подростков в препубертате:**

- ✓ хульные мысли\*
- ✓ страх перед проявлением пола
- ✓ Трихотилломания\*
- ✓ гомосексуальная влюбленность

**Клинические формы сексуальных проявлений у подростков в пубертате:**

- ✓ сексуально – эротические представления, фантазии
- ✓ пубертатная мастурбация
- ✓ гиперсексуальность
- ✓ эксгибиционизм (демонстрация обнаженных половых органов с целью получения сексуального удовлетворения)
- ✓ сексуальная агрессия

- ✓ гомосексуальная влюбленность;
- ✓ промискуитет (беспорядочные гетеросексуальные контакты подростков при незрелых морально-этических установках личности подростка).
- ✓ Раннее начало половой жизни
- ✓ Самооговоры\*
- ✓ Гомосексуальные контакты

*Примечание. \* носит условно – сексуальный характер и сексуальными проявлениями могут считаться лишь при наличии других очевидных проявлений сексуальности (Д.Н. Исаев, Б.Е. Микиртумов, 2002).*

### **Причины**

- Чрезмерное развитие инстинктивных проявлений на фоне ретардированного и недостаточного формирования морально – этических установок.
- неправильное отношение личности к своевременно развившемуся нормальному влечению.

Сексуальные проявления у подростков при некоторых психических заболеваниях:

*Невротические расстройства* – мастурбация.

*Психопатии истероидные* - сексуальные игры, гомосексуальная влюбленность, раннее начало половой жизни.

*Психопатии эпилептоидные* – мастурбация, садистическое поведение.

*Психопатии аутистического круга* – недостаточная половая зрелость, фантазирование на сексуальные темы.

*Психопатии неустойчивого типа* – сексуальная активность, групповые сексуальные действия.

*Психопатии гипертимного типа* – первезивные формы сексуальной активности (гомосексуальная активность).

### **Расстройство полового созревания (F66.0)**

**Этиология** В пубертате и постпубертате возможны переживания амбивалентности при оценке своей половой конституции и половой принадлежности, обусловленные психоэндокринной инверсией или реальным становлением гомосексуальности (бисексуальности или гетеросексуальности). Это особая форма психологического кризиса при становлении сексуальности.

**Распространенность** Чаще отмечается при становлении гомосексуализма или бисексуальности у мужчин. Однако некоторые данные свидетельствуют о том, что до 10% мужчин и 10% женщин в постпубертате переживают кризис полового созревания.

**Клиника** Пациент страдает от неопределенности своей половой принадлежности или сексуальной ориентации, что приводит к тревоге или депрессии. Неопределенность связана с амбивалентными чувствами, испытываемыми пациентом к партнерам, особенностями эротического фантазирования, трудностями в отношениях с представителями своего или другого пола (трудности в общении и понимании). Тревога или депрессия могут возникать как реакция на конфликт или эндогенно, в результате «вторжения» в фантазии иной ориентации. Задержка формирования Эго приводит к постоянному чувству неуверенности в правильности своей ориентации.

### **Диагностика**

Эмоциональные реакции в связи со страданием осознания своей половой ориентации.

### **Дифференциальная диагностика**

- ✓ тревожные расстройства
- ✓ депрессивные расстройства
- ✓ кризис полового созревания.

## **ОРГАНИЧЕСКИЕ, ВКЛЮЧАЯ СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА**

К этой группе патологии относятся психические нарушения, обусловленные постоянными или транзиторными нарушениями головного мозга, которые могут быть либо первичными, т.е. собственно мозговыми, либо вторичными, т.е. вызванные причинами, действующими на различные органы и системы организма, включая и головной мозг. Психопатологические проявления отражают либо органические изменения в клетках головного мозга, либо нарушение обмена веществ в мозговых структурах.

Наиболее характерными психопатологическими проявлениями органической патологии головного мозга являются интеллектуально-мнестические нарушения и различные варианты астенического синдрома, на фоне которых у некоторых больных развиваются психозы (при острой патологии, в основном расстройства сознания, при хронической – аффективные или бредовые синдромы).

Психозы, обусловленные органической патологией, являются симптоматическими, т.е. представляют собой один из признаков данного вида патологии. Это обстоятельство необходимо учитывать при определении прогноза и выработке терапевтической тактики этим больным.

Классификация органических и симптоматических психических расстройств (по нозологическому принципу).

- I. Экзогении
  1. Инфекционные
  2. Травматические
  3. Вызванные экологически неблагоприятными факторами
- II. Опухоли головного мозга
- III. Соматогении и эндокринопатии
- IV. Сосудистые заболевания
- V. Атрофические заболевания головного мозга

### **Психические нарушения при общих и церебральных инфекциях**

Психические нарушения возникают практически при всех острых и хронических инфекциях, однако их клиническая картина зависит от многих факторов, в том числе от характеристики инфекционного агента (вирулентности и нейротропности возбудителя), характера поражения структур головного мозга, остроты патологического процесса, локализации болезненного процесса, преморбидных особенностей личности больного, его возраста, пола и т.д.

Распространенность инфекционных психозов определяется частотой инфекционных заболеваний и в последние десятилетия имеет тенденцию к снижению, тогда как непсихотические формы психических расстройств инфекционного генеза встречаются намного более часто. Психотические расстройства чаще возникают при таких инфекционных заболеваниях, как сыпной тиф и бешенство, а при других заболеваниях (дифтерия, столбняк) они встречаются значительно реже.

Вероятность развития психозов при инфекционных заболеваниях определяется комплексом факторов, прежде всего индивидуальной устойчивостью больного к действию неблагоприятных экзогенных воздействий и особенностями основного инфекционного заболевания, а клиническая картина психических расстройств является отражением степени прогрессивности поражения головного мозга.

Выделяют острые (транзиторные) и хронические (протрагированные) инфекционные заболевания, что также отражается и на клинической картине психических расстройств инфекционного генеза: при острых инфекциях и обострениях хронических заболеваний психопатологические симптомы более яркие и выразительные, часто сопровождаются расстройствами сознания в виде делириозного, аментивного, онейроидного синдромов, глушечности, сумеречного расстройства сознания (эпилептиформного возбуждения). В

то же время хронические психозы чаще характеризуются эндоформными проявлениями (галлюциноз, галлюцинаторно-параноидный синдром, апатический ступор, конфабулез). В ряде случаев формируются органические, необратимые состояния в виде психоорганического, Корсаковского синдрома и деменции.

В зависимости от характера поражения головного мозга выделяют: 1) симптоматические психические расстройства, возникающие в результате интоксикации, нарушения церебральной гемодинамики, гиперемии; 2) менингоэнцефалитические и энцефалитические психические расстройства, причиной которых являются воспалительные процессы в оболочках, сосудах и веществе головного мозга; 3) энцефалопатические расстройства, возникающие в результате постинфекционных дегенеративных и дистрофических изменений в структурах головного мозга.

Классификация психических нарушений инфекционного генеза:

а) Синдромы угнетения сознания (непсихотического изменения): обнубиляция, оглушенность, сопор, кома; б) функциональные непсихотические синдромы: астенический, астено-невротический, астено-абулический, апатико-абулический, психопатоподобный; в) психотические синдромы: астеническая спутанность, делириозный, онейроидный, аментивный, сумеречное состояние сознания, кататонический, параноидный и галлюцинаторно-параноидный, галлюциноз; г) психоорганические синдромы: простой психоорганический, корсаковский амнестический, эпилептиформный, деменция, паркинсонизма.

Клинические проявления психических расстройств зависят от стадии и тяжести инфекционного заболевания. Так, в начальном (инициальном) периоде чаще возникают синдромы: астенический, астено-невротический (неврозоподобный), отдельные признаки делириозного синдрома. Манифестный период инфекционного заболевания характеризуется наличием астенического и астено-невротического синдромов, синдромов угнетения сознания, помрачения сознания, синдрома галлюциноза, галлюцинаторно-параноидного, параноидного, депрессивно- и маниакально-параноидного синдромов. В периоде реконвалесценции встречаются астенический, астено-невротический, психопатоподобный, психоорганический синдромы, деменция, эпилептиформный, корсаковский амнестический синдром, резидуальный бред, другие психотические синдромы (параноидный, галлюцинаторно-параноидный).

В случае легкого течения инфекционного заболевания психические расстройства ограничиваются непсихотическими проявлениями, тогда как при тяжелых острых инфекциях и обострениях хронических инфекций астенические состояния сочетаются с синдромами угнетения и помрачения сознания.

В последнее время в связи с патоморфозом психической патологии наиболее частыми проявлениями психических расстройств при инфекционных заболеваниях являются нарушения непсихотического, пограничного уровня, в основном представленные астеническим синдромом, который сопровождается выраженными вегетативными нарушениями, сенестопатическими, ипохондрическими, навязчивыми явлениями, нарушениями сенсорного синтеза. Эмоциональные расстройства чаще характеризуются депрессивными проявлениями, нередко с дисфорическим оттенком – с тоскливостью, злобностью, раздражительностью. При затяжном течении болезни формируются личностные сдвиги, меняется характер, появляются возбудимость либо черты неуверенности в себе, тревожности, мнительности. Эта симптоматика может быть достаточно стойкой.

Наиболее распространенным психотическим синдромом при инфекционных заболеваниях, особенно в молодом возрасте, является делириозный синдром. Инфекционный делирий характеризуется дезориентировкой в окружающем. Возникают яркие зрительные иллюзорные и галлюцинации, страх, бред преследования. Указанные симптомы усиливаются к вечеру. Больные видят сцены пожара, гибели людей, разрушения. Им кажется, что они совершают путешествия, попадают в страшные

катастрофы. Поведение и речь обусловлены галлюцинаторно-бредовыми переживаниями. Больной может испытывать болезненные ощущения в различных органах, ему кажется, что его четвертуют, ампутуют ногу, простреливают бок и т. д. Может возникнуть симптом двойника: больному кажется, что рядом с ним находится его двойник. Нередко развивается профессиональный делирий, во время которого больной выполняет действия, характерные для его профессии, обычной трудовой деятельности.

Другим довольно часто встречающимся видом психического расстройства при инфекционных заболеваниях является аментивный синдром, который обычно развивается у больных с тяжелым соматическим состоянием. Аменция характеризуется глубоким помрачением сознания, нарушением ориентировки в окружающем и собственной личности. Возможно резкое психомоторное возбуждение, галлюцинаторные переживания. Мышление бессвязное, инкорегентное, больные растеряны. Возбуждение однообразное, в пределах постели, больной беспорядочно мечется из стороны в сторону (яктация), вздрагивает, вытягивается, может пытаться куда-то бежать, испытывает страх. Такие больные нуждаются в строгом надзоре и уходе.

Онейроидный синдром при инфекционных заболеваниях сопровождается ступором или психомоторным возбуждением; больные отрешены от окружающего мира, тревожны, испытывают страх. Их переживания имеют драматический, фантастический характер. Аффективное состояние очень неустойчиво. Больные могут быть активными участниками увиденных ими событий.

Амнестические расстройства при транзиторных психозах возникают редко. Они представлены кратковременной ретроградной или антероградной амнезией. По мере разрешения инфекционного психоза у больных развивается астения с эмоциональной гиперестезией, раздражительностью, плаксивостью, резкой слабостью, непереносимостью звуков, света и других внешних раздражителей.

Затяжные (протрагированные) психозы могут возникать при затяжном или хроническом течении инфекции. В этих случаях психические расстройства нередко протекают без помрачения сознания. Отмечается депрессивно-параноидный либо маниакальный синдром. В дальнейшем могут возникать идеи преследования, ипохондрический бред, галлюцинаторные переживания. В исходных состояниях возникает длительная астения, а при неблагоприятном течении может формироваться корсаковский или психоорганический синдром. Особенности психических нарушений при некоторых инфекционных заболеваниях:

**При гриппе** психические расстройства наблюдаются на всех стадиях заболевания. В продромальном периоде у больных возникают астенические симптомы: слабость, разбитость, головная боль, гиперестезия к свету, запахам, прикосновению. На высоте заболевания могут возникать острые психозы с нарушением сознания в виде делирия со зрительными галлюцинациями либо аменции, длящиеся 1-2 недели.

Протрагированные психозы при гриппе проявляются депрессивно-параноидным, депрессивно-ипохондрическим или галлюцинаторно-параноидным синдромами, сопровождающимися выраженной астенией. В постгриппозный период возможно развитие аффективных расстройств, страхов. У детей появляются головные боли, анорексия, брадикардия, глубокая астения с расстройствами сна, психосенсорными нарушениями, страхами, болью в сердце, угнетенностью, иногда тоскливое возбуждение, бред самообвинения, астения сопровождается выраженными вегетативными расстройствами.

**Корь** является одним из заболеваний, возникающих преимущественно в детском возрасте. Его течение может осложняться пневмонией, менингоэнцефалитом, энцефалитом. У взрослых, впервые заболевших корью, заболевание протекает более тяжело, чем у детей. Психические расстройства при кори встречаются на всех стадиях заболевания. Так, в продромальный период у больных отмечается раздражительность, плаксивость, беспокойство, снижение настроения, вялость, снижение аппетита, а иногда

двигательное и речевое возбуждение. В манифестный период может развиваться психомоторное возбуждение с сумеречным помрачением сознания, делириозным или онейроидным синдромом. Делирий при кори, так же как и при скарлатине, чаще развивается у взрослых, в ночное время, появляется двигательное беспокойство с внезапным плачем, криком. Онейроидный синдром у детей сопровождается переживаниями страшных картин, которые могут быть связаны со сказками, телепередачами, рассказами взрослых.

При развитии неврологических осложнений у больных появляются менингеальные симптомы, судороги, параличи, нередко развиваются оглушение, сонливость. В период реконвалесценции возникают не только астенические явления, но и резидуальные энцефалопатические состояния с патохарактерологическим развитием, задержкой интеллектуального развития, эпилептиформными проявлениями.

Ведущей в клинической картине психических нарушений при **ревматизме** является церебрастения, характеризующаяся триадой двигательных, сенсорных и эмоциональных расстройств. Двигательные нарушения представлены замедлением движений и одновременным возникновением гиперкинезов, насильственных движений. Сенсорные расстройства чаще проявляются в виде нарушений оптических восприятий: раздвоение предметов, изменение их размеров и формы, появление тумана, разноцветных шариков и полос. Предметы кажутся очень далекими или, наоборот, очень близкими, большими или маленькими. Имеют место вестибулярные расстройства. Иногда нарушается восприятие собственного тела. Эмоциональные расстройства проявляются в виде подавленности, колебания настроения, тревоги, страхов. Нередко у больных возникают расстройства сна. Возможно также появление нарушений поведения в виде расторможенности, двигательного беспокойства. Могут быть стойкие фобии, истерические реакции.

При затяжном течении болезни возникают сумеречные расстройства сознания, эпилептиформные синдромы. К тяжелым нервно-психическим расстройствам при ревматизме относится ревматическая церебропатия с более грубым нарушением интеллектуальной работоспособности. Ревматические психозы характеризуются онейроидными расстройствами, депрессией с приступами тоски, тревоги, страха. Острые психозы при ревматизме характеризуются возникновением делириозных состояний. На более ранних этапах болезни отмечаются аффективная неустойчивость, повышенная истощаемость, вялость, адинамия. Реже развиваются тревожно-депрессивное и маниакальное состояния.

При **скарлатине** психические расстройства проявляются в виде астенической симптоматики, возникающей на второй день заболевания вслед за кратковременным возбуждением. При среднетяжелой и тяжелой формах скарлатины астения у детей первые 3-4 дня сочетается с легкой оглушенностью. При тяжелых формах скарлатины также возможно развитие делириозного и онейроидного синдромов с периодически усиливающимися галлюцинациями фантастического содержания. При этом психоз имеет волнообразное течение, с быстрой сменой настроения. У ослабленных, часто болеющих детей при стертых атипичных формах скарлатины психоз может развиваться на 4-5-й неделе заболевания.

Астенические расстройства после скарлатины являются основой для формирования у детей невротических реакций. Заболевание может осложняться органическим поражением головного мозга в виде энцефалитов, менингитов. В этих случаях в отдаленном периоде возможно развитие эпилептиформного синдрома, снижение памяти, интеллекта, изменений личности с нарастанием эксплозивности. При токсической форме скарлатины, сопровождающейся отеком мозга, возможна кома. Септическая форма скарлатины на 3-5-й неделе болезни может осложниться эмболией мозговых сосудов с явлениями гемиплегии.

**Рожистое воспаление** сравнительно редко сопровождается развитием психических расстройств. При остром течении болезни на высоте лихорадки на фоне астенической

симптоматики может развиваться транзиторный психоз в виде abortивного, обычно гипнагогического, делирия. При вялом или затяжном течении рожистого воспаления может развиваться аментивный синдром, возникающий, как правило, вслед за кратковременным гипоманиакальным состоянием с эйфорией. При затяжном течении болезни могут возникать психозы без нарушения сознания. Более легкие формы психических расстройств при рожистом воспалении представлены астенодепрессивным, астеноипохондрическим, гипоманиакальным синдромами. При тяжелом течении инфекции, развитии флегмоны возможен кататонический синдром. Прогноз транзиторных и пролонгированных психозов при роже благоприятный.

**При кишечных инфекциях** психические нарушения включают в себя астенические расстройства с плаксивостью, тоской, тревогой.

Брюшной тиф сопровождается астенией, адинамией, бессонницей, устрашающими гипнагогическими галлюцинациями, нередко тревогой, страхом.

При церебральной форме тропической малярии развиваются симптомы, связанные с поражением головного мозга. Расстройство сознания развивается постепенно или очень быстро: внешне совершенно здоровый человек внезапно теряет сознание, иногда при нормальной температуре. Смерть может наступить через несколько часов. Кома может возникнуть после делирия или сумеречного помрачения сознания, реже – после эпилептиформных припадков, а иногда только при усилении головной боли.

Нередко при церебральной форме малярии развивается судорожный синдром. Важными для диагностики этой формы болезни признаками являются ригидность мышц затылка, иногда паралич глазных мышц, другие формы поражения черепных нервов, моноплегия, гемиплегия, нарушения координации движений и гиперкинезы. Прогноз при коматозной форме очень серьезный. Кроме оглушения и делирия, при церебральной форме малярии могут возникать сумеречное помрачение сознания и аменция. Малярийные психозы продолжаются несколько дней и даже недель.

Клиника психических нарушений при **инфекционном паротите (свинке)** мало отличается от психической патологии при скарлатине и кори. Осложнением заболевания может быть менингоэнцефалит, сопровождающийся выраженной сонливостью, вялостью, психосенсорными расстройствами, а также оглушением, сопором и даже комой. При этом возможны также припадки, гиперкинезы, параличи. При стихании острого периода менингита могут развиваться переходные синдромы, длящиеся от 1 недели до 3 месяцев.

При **пневмонии** психические расстройства обусловлены интоксикацией, гипоксией, нейрорефлекторными воздействиями на головной мозг. В начальный период обычно возникают астенические явления в виде общей слабости, повышенной раздражительности, головных болей, нарушения сна, вегетативных расстройств. На высоте интоксикации возможны делириозные эпизоды (“лихорадочный делирий”), обычно в вечернее и ночное время, сонливость днём может сопровождаться парейдолическими иллюзиями. У больных хроническим алкоголизмом пневмония может способствовать развитию белой горячки. При тяжелом течении заболевания возможно развитие аментивного синдрома с нарушением контакта, отсутствием реакции на внешние стимулы, страхом, бессвязным мышлением. Выход из состояния нарушенного сознания чаще критический, он не всегда совпадает с улучшением соматического состояния и снижением температуры тела. Пневмония с затяжным и хроническим течением сопровождается астеноабулическим или неврозоподобным синдромами.

Непсихотические расстройства **при туберкулезе** представлены различными вариантами астенического синдрома. В период обострения заболевания наблюдаются делириозные эпизоды, аментивный синдром. При хроническом течении нередко возникает расторможенность влечений в виде алкоголизации, сексуальных эксцессов, астено-невротические, психопатоподобные проявления, а также протрагированные психозы в виде галлюцинаторно-параноидного, депрессивно-параноидного, депрессивно-ипохондрического, кататонического синдромов.

Наиболее выраженные психические расстройства могут наблюдаться при туберкулезном менингите. В остром периоде оглушение может чередоваться с кратковременными делириозно-онейроидными эпизодами, образными фантастическими переживаниями, зрительными и слуховыми галлюцинациями, деперсонализационными и дереализационными расстройствами, ложным узнаванием близких. В катамнезе (после комплексного лечения) сохраняются астения, эмоциональная возбудимость, лабильность, обидчивость, колебания настроения, реже имеют место психомоторная расторможенность, бестактность, грубость, патология влечений, снижение критики при формальной сохранности интеллекта, реже интеллектуальный дефект, грубые нарушения эмоционально-волевой сферы (утрата привязанности к близким, отсутствие чувства стыда). У некоторых больных через несколько лет в пубертатном возрасте появляются депрессивно-дистимические и маниакальные эпизоды. Обращает на себя внимание приступообразное течение психозов.

Психические расстройства при **энцефалитах** представлены острыми психозами с помрачением сознания, аффективными, галлюцинаторными, бредовыми и кататоноподобными расстройствами, развитием психоорганического и корсаковского синдромов.

Эпидемический энцефалит (летаргический энцефалит, энцефалит Экономо) – заболевание с вирусной этиологией. Для острой стадии болезни длящейся от 3-5 недель до нескольких месяцев, характерно нарушение сна, чаще в виде сонливости. Нередко сонливость возникает после делириозных или гиперкинетических расстройств. Иногда у больных может возникать стойкая бессонница. Эти нарушения обусловлены сосудисто-воспалительным и инфильтративным процессом в сером веществе головного мозга. Психотические расстройства в острой стадии заболевания проявляются делириозным, аментивным и маниакальным синдромами. При делириозной форме нарушение сознания может предшествовать появлению неврологических симптомов в виде парезов глазодвигательного и особенно отводящего нервов, диплопии, птоза. Делирий характеризуется возникновением полиморфных галлюцинаций грезоподобного, устрашающего характера, либо элементарных зрительных (молния, свет); слуховых (музыка, звон), вербальных и тактильных (жжение) обманов восприятия. Фабула галлюцинаций при эпидемическом энцефалите отражают события прошлого. Нередко развивается профессиональный делирий. Возможно развитие бредовых идей. Делирий нередко развивается на фоне общей интоксикации (повышенная температура тела, резкие гиперкинезы, вегетативные расстройства); при тяжелом течении заболевания возможен мусситирующий делирий. При аментивно-делириозной форме делириозный синдром через несколько дней сменяется аментивным. Длительность данной формы составляет 3-4 недели, после чего наблюдается исчезновение психопатологических симптомов и последующая астения. Исход острой стадии бывает различным. В периоды эпидемий около трети больных умирают на этом этапе болезни. Возможно и полное выздоровление, но чаще оно бывает кажущимся, так как через несколько месяцев или лет выявляются симптомы хронической стадии.

Хроническая стадия сопровождается дегенеративными изменениями в нервных клетках и вторичным разрастанием глии. В ее клинической картине ведущими являются симптомы паркинсонизма: ригидность мышц, своеобразная поза больного с приведенными к туловищу руками и несколько подогнутыми коленями, постоянный тремор рук, замедление движений, особенно при выполнении произвольных актов, падение больного назад, вперед или вбок при попытке двигаться (ретро-, антеро- и латеропульсия). Характерны изменения личности в виде брадифрении (значительная слабость побуждений, снижение инициативы и спонтанности, безразличие и безучастность). Паркинсоническая акинезия может внезапно прерываться кратковременными очень быстрыми движениями. Наблюдаются и пароксизмальные расстройства (судороги взора, насильственные приступы крика – клазомания, эпизоды

сновидного помрачения сознания с онейроидными переживаниями). Описаны и относительно редкие случаи галлюцинаторно-параноидных психозов, изредка даже с синдромом Кандинского – Клерамбо, а также затяжные кататонические формы.

Для острой стадии клещевого (весенне-летнего) и комариного (летне-осеннего) энцефалита характерны симптомы помрачения сознания. В хронической стадии наиболее часто встречается синдром кожевниковской эпилепсии и другие пароксизмальные расстройства (психосенсорные нарушения, сумеречные расстройства сознания).

Наиболее тяжелым энцефалитом, всегда протекающим с психическими расстройствами, является бешенство. В первой (продромальной) стадии заболевания ухудшается общее самочувствие, возникает подавленность, гиперестезия, в частности к движению воздуха (аэрофобия). Во второй стадии на фоне повышения температуры тела и головных болей нарастают двигательное беспокойство и ажитация. У больных возникает депрессия, страх смерти, нередко наблюдаются делириозные и аментивные состояния, судороги, расстройства речи, повышенная саливация, тремор. Характерным является водобоязнь (гидрофобия), которая заключается в появлении судорожных спазмов в гортани, удушья, нередко с двигательным возбуждением, даже при представлении о воде. В третьей стадии (паралитической) наступают парезы и параличи конечностей. Усиливаются расстройства речи, возникает оглушенность, переходящая в сопор. Смерть наступает при явлениях паралича сердца и дыхания. Течение болезни у детей более быстрое и катастрофическое, продромальная стадия более короткая.

Психические нарушения при менингитах могут быть неодинаковыми и зависят от характера воспалительного процесса в головном мозге. Продромальный период менингококкового гнойного менингита характеризуется наличием астенических симптомов. В период разгара болезни в основном наблюдаются состояния оглушенности, эпизоды делириозного и аментивного помрачения сознания, в наиболее тяжелых случаях возможно развитие сопорозного и коматозного состояний.

Течение психических расстройств при инфекционных заболеваниях имеет **возрастные особенности**. Так, у детей при острых инфекциях, которые проявляются повышением температуры тела, психические расстройства яркие с общей расторможенностью, упрямством, тревогой, приступами страха, ночными кошмарами, делириозными эпизодами с устрашающими галлюцинациями. В начальном периоде инфекционного заболевания у детей могут возникать жалобы на общую слабость, головную боль, нарушение сна (затруднения засыпания, ночные страхи), капризность, плаксивость, отдельные зрительные галлюцинации, особенно в ночное время. В манифестный период могут отмечаться эпизоды астенической спутанности сознания, страха и лихорадочного делирия. Своеобразие исходного (резидуального) периода инфекционного заболевания заключается в его влиянии на дальнейшее психическое развитие ребенка. В неблагоприятных условиях (в случае поражения головного мозга инфекционной этиологии, при недостаточном лечении, перегрузке в школе, неблагоприятной семейной обстановке и т.д.) возможно формирование психофизического инфантилизма, олигофрении и психопатического развития личности, эпилептиформного синдрома.

У детей в острой стадии инфекции часто развивается оглушенность, сопор и кома, предделириозные состояния: раздражительность, капризность, тревога, беспокойство, повышенная чувствительность, слабость, поверхностность восприятия, внимания, запоминания, гипнагогические иллюзии и галлюцинации. У детей до 5 лет часты судорожные состояния, гиперкинезы, тогда как продуктивная симптоматика у них очень редка и проявляется в двигательном возбуждении, заторможенности, рудиментарных делириозных состояниях, иллюзиях.

В периоде реконвалесценции у детей на фоне астенического синдрома могут возникать страхи, психопатоподобные расстройства, пуэрильные формы поведения, снижение памяти на текущие события, задержка психофизического развития. При эпидемическом энцефалите у детей и подростков развиваются психопатоподобные расстройства,

импульсивное двигательное беспокойство, расстройства влечений, дурашливость, асоциальное поведение, неспособность к систематической умственной деятельности при отсутствии деменции. Менингиты у детей младшего возраста сопровождается вялостью, адинамией, сонливостью, оглушением с периодами двигательного беспокойства. Возможны судорожные пароксизмы.

Диагноз инфекционного психоза может быть установлен лишь при наличии инфекционного заболевания. Острые психозы с синдромами нарушенного сознания чаще всего развиваются на фоне острых инфекционных заболеваний, протрагированные психозы характерны для подострого течения инфекционного заболевания.

При острых инфекционных психозах с помрачением сознания, острым галлюцинозом показаны нейролептики. Лечение протрагированных психозов осуществляется нейролептиками с учетом психопатологической симптоматики: аминазином и другими нейролептиками с седативным действием. При депрессивных состояниях назначают антидепрессанты, которые при ажитации больных могут сочетаться с нейролептиками. При корсаковском и психоорганическом синдромах широко используются ноотропные препараты. У больных с длительно текущими протрагированными психозами, а также необратимыми психоорганическими расстройствами важно проводить реабилитационные мероприятия, в том числе адекватно решать социально-трудовые вопросы.

Острые инфекционные психозы обычно проходят бесследно, однако нередко после инфекционных заболеваний возникает выраженная астения с эмоциональной лабильностью, гиперестезией. Прогностически неблагоприятным считается возникновение мусситирующего делирия с глубоким помрачением сознания, резко выраженным возбуждением в виде беспорядочного метания, особенно если это состояние сохраняется при падении температуры тела. Протрагированные психозы могут приводить к изменениям личности по органическому типу.

### **Психические нарушения при СПИДе**

Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) – одна из наиболее драматических и таинственных проблем современной медицины. Инфекция вирусом иммунодефицита человека не имеет аналогов в истории медицинской науки и представляет собой непосредственную угрозу для выживания человечества. Психические нарушения при СПИДе настолько разнообразны, что практически включают в себя все разновидности психопатологии, начиная от невротических реакций и кончая тяжелыми органическими поражениями головного мозга. Именно за это разнообразие психических расстройств СПИД иногда называют психиатрической энциклопедией или психиатрической одиссеей. В эпидемиологических исследованиях СПИДа лица, имеющие серопозитивную реакцию на СПИД, но без признаков этого заболевания, составляют так называемую серую зону, являющуюся первой группой риска. Лица без признаков заболевания и без наличия серопозитивной реакции на СПИД, но с особым жизненным стилем (гомосексуалисты, бисексуалы, наркоманы, лица, занимающиеся проституцией) относятся к так называемой группе беспокойства. Это вторая группа риска. У лиц этих двух групп риска также выявляется целый ряд психических нарушений, требующих своевременной диагностики.

Эпидемиология. В конце 20 века количество ВИЧ – инфицированных на планете превышает число людей, погибших во время II мировой войны. 62% ВИЧ – инфицированных жителей Украины в возрасте 15 – 29 лет, что представляет угрозу для жизненного потенциала нации. Резко возрастает количество инфицированных среди доноров, беременных и детей. Распространенность психических расстройств при СПИДе в целом соответствует распространенности самого заболевания, так как, по данным большинства авторов, в том или ином виде они встречаются практически у всех больных.

Классификация клинических проявлений у лиц из группы риска. Группа риска (“серая зона”) состоит из лиц, пораженных вирусом СПИДа. Серопозитивность по вирусу СПИДа хотя и является фактором риска, но не всегда свидетельствует о наличии у человека этого

заболевания. Инкубационный период между заражением вирусом и развитием болезни длится от 1 мес до 5 лет.

Вторая группа риска (“группа беспокойства”). В эту группу входят лица, наиболее подверженные опасности заражения СПИДом. Это страдающие наркоманиями, занимающиеся гомосексуализмом и проституцией. Меньшую группу составляют бисексуалы, гетеросексуалисты с многочисленными беспорядочными связями, а также страдающие гемофилией или каким-то другим заболеванием, требующим частых переливаний крови.

Психические нарушения в той и в другой группах риска схожи, хотя в так называемой серой зоне они встречаются гораздо чаще. Это прежде всего психогенные расстройства с невротической и неврозоподобной симптоматикой, хотя иногда и приобретающей характер психотической. Возникают тревога, беспокойство, раздражительность, бессонница, снижение аппетита, иногда с очень выраженной потерей веса. Характерно снижение работоспособности с нарушением активного внимания, иногда полная сосредоточенность на мыслях о возможном заболевании СПИДом. Общими являются также постоянное перечитывание литературы об этом заболевании, бесконечные поиски у себя тех или иных его симптомов, ипохондрическая фиксация на своем состоянии. Значительно снижается инициатива, возникает чувство бесперспективности, снижается либидо, хотя многие больные порывают все свои сексуальные связи не из-за этого, а из-за боязни “заболеть еще какой-нибудь дурной болезнью”. Значительно меньшее число лиц прерывает всякие сношения из альтруистических побуждений.

Часть лиц из группы риска (особенно из числа серопозитивных), напротив, проявляет откровенные антисоциальные тенденции, стремясь либо к возможно большему расширению своих сексуальных связей, либо к передаче СПИДа иным путем. В этой группе типичны состояния в виде апатической, тревожной, тоскливой депрессии с частыми идеями самообвинения обычно не доходящими до степени бреда и суицидальными мыслями, хотя в группе риска суицидальные попытки встречаются редко. Иногда депрессия у этих лиц приобретает психотический характер с ажитацией вплоть до возникновения состояния типа *raptus melancholicus*. У больных из группы риска могут возникать и реактивные психотические состояния в виде сенситивного бреда отношения, реактивного бреда преследования, ипохондрического бреда с описанным при этом “ощущением неприкасаемости”. Возможны и истерические психозы.

У лиц из группы риска нередко возникают психосоматические заболевания, из которых на первом месте стоит разнообразная патология желудочно-кишечного тракта.

Вирус СПИДа, обладающий не только лимфотропным, но и нейротропным свойством, т. е. поражающий непосредственно клетки коры головного мозга этим объясняется возникновение психических расстройств задолго до признаков снижения у больного иммунитета. У многих больных СПИДом за несколько месяцев, а иногда даже и лет до манифестации заболевания отмечаются апатия, нарушения сна, ухудшение работоспособности, снижение настроения, уменьшение круга общения. Однако на этом этапе психические нарушения чаще всего выявляются на так называемом субклиническом уровне.

С возникновением выраженных клинических проявлений болезни в виде лихорадки, обильного ночного пота, диареи, пневмонии и т. д. все эти психические нарушения становятся клинически выраженными и заметными.

Психиатрами и психологами уделяется большое внимание тому, как будет человек реагировать на диагностику СПИДа, какова будет реакция на сообщение о заболевании, о котором известно, что это “самая страшная болезнь нашего времени”, “чума XX века”, “самая постыдная болезнь” и т. д. Факт наличия СПИДа расценивается как проявление выраженного психологического стресса с преобладанием на ранних этапах заболевания (“этап осознания болезни”) преимущественно психогенных расстройств как невротического, так и психотического регистра. Чаще всего это депрессия,

сопровождающаяся глубокой тоской, с идеями самообвинения, вины перед близкими, с суицидальными мыслями и тенденциями. Однако, как отмечают большинство авторов, завершённые суициды встречаются относительно нечасто. Они чаще бывают у тех лиц, которые были свидетелями смерти близких или друзей от СПИДа, или у психопатических личностей. Совершают суицидальные поступки и те больные, к которым общество относится как к изгоям, отторгает их, не позволяет посещать общественные места, иногда даже жить в своём городе. В этот период появляются также обсессивно – компульсивные расстройства, возникающие одновременно с депрессией или изолированно. Больные жалуются на навязчивый страх смерти, навязчивые представления о самом процессе “умирания” воспоминания о сексуальных партнерах, от которых могло произойти заражение. Некоторых больных очень беспокоит мысль (нередко навязчивая) о возможности заражения родственников или близких бытовым путем, хотя они и понимают ее нелепость.

Уже на этом этапе отчетливо “звучит” органическая симптоматика: возникают дисфории, психопатоподобные формы поведения с эксплозивностью, гневливостью, агрессивностью, эпилептиформные припадки. Происходит так называемая психологическая дезорганизация. Часто тревога, возникающая у лиц при диагностировании СПИДа, сопровождается ажитацией, паникой, анорексией, бессонницей, а также чувством безисходности и гнева, нередко направленного на врачей. При этом встречается анозогнозия, когда больные отрицают наличие у них болезни, не верят врачам, обвиняют их в некомпетентности. В дальнейшем, по мере прогрессирования болезни, все более отчетливыми становятся симптомы органического поражения головного мозга. На этапе формирования выраженных признаков органического дефекта возникают разнообразные психотические расстройства. Чаще всего это состояния помрачения сознания, преимущественно в виде делириозного синдрома, острые параноидные, гипоманиакальные, маниакальные состояния. Следовательно психопатологические проявления СПИДа сходны с переживаниями больных раком в терминальной стадии.

Основным проявлением СПИДа является поражение головного мозга с быстрым нарастанием деменции, описанное у 60-90% всех заболевших. В связи с этим даже появились такие термины, как “СПИД – дементный синдром” или “СПИД – дементный комплекс”. В 25% наблюдений СПИД – дементный комплекс может выявляться уже в манифестном периоде болезни. Деменция развивается в связи диффузным подострым энцефалитом, менингитом, менингеальной и церебральной лимфомой (псевдоопухолевые проявления болезни), церебральными геморрагиями, церебральными артериитами. У больных постепенно нарастают трудности концентрации внимания, потеря памяти на текущие события, провалы памяти на прошлые события, симптомы летаргии. Очень быстро (в течении нескольких недель или месяцев) у больных нарастают симптомы слабоумия с психомоторной ретардацией, периодами помрачения сознания (вначале по типу сумеречного помрачения сознания), эпилептиформными припадками, нередко переходящими в эпилептический статус, мутизмом. Затем появляются недержание мочи и кала, нарастает глубина нарушения сознания от оглушенности до комы. При проведении компьютерной томографии в каждом из 13 случаев определяется наличие общей церебральной атрофии, первым признаком которой обычно бывают нарушения речи.

Из числа заболевших СПИДом 80% умирают в течение двух лет. 90% больных умирают от СПИДа в возрасте от 20 до 49 лет, причем около 93% из них составляют мужчины. При этом существует мнение, разделяемое многими исследователями, что одной из главных причин смерти от СПИДа является именно органическое поражение мозга. Кроме того, причиной смерти может быть саркома у 35% больных или другие злокачественные опухоли, а также различные тяжело текущие соматические заболевания. Более половины больных (60% случаев) погибают от двусторонней пневмонии.

Нередко приходится дифференцировать психические нарушения, связанные со

СПИДом со спидофобией либо бредом заражения СПИДом. Таких больных становится все больше в связи с широким распространением средствами массовой информации материалов о СПИДе. В связи с этим в последнее время даже стали весьма распространенными такие термины, как псевдоСПИД, синдром псевдоСПИДа, СПИД-паника. Диагноз в отношении этих больных ставится на основании клинико-психопатологических методов обследования (естественно, при исключении серопозитивности). При дифференциальной диагностике психических нарушений при СПИДе, сходных с шизофренической, инволюционной и другой симптоматикой, большое значение имеет самый подробный семейный и личный анамнез, так как не исключено, что СПИДом заболел человек, уже страдавший ранее, допустим, шизофренией. В таком случае на ранних стадиях СПИДа, еще до резкого доминирования органической деменции, может выявляться разнообразная психотическая симптоматика характерная для эндогенных психозов. Симптоматика органического поражения головного мозга при СПИДе требует дифференцирования с целым рядом органических заболеваний мозга иной этиологии: рассеянным склерозом, опухолью мозга, нейросифилисом, токсоплазмозом, болезнью Шильдера, менингитами и энцефалитами разнообразной этиологии и т.д. В таких случаях вопрос решается путем проведения соответствующих специальных анализов на СПИД, которые необходимо проводить и при психических нарушениях у лиц с серопозитивностью из группы риска (“серая зона”).

Сложнее диагностировать психические нарушения у лиц из группы риска без серопозитивности (“группа беспокойства”). В подобных случаях необходим самый тщательный сбор объективного и субъективного анамнеза, изучение “жизненного стиля” лиц из сферы общения данного человека. Очень важно также установить временную связь между появлением той или иной психической симптоматики с психической травмой, как-то связанной со СПИДом (заболевание или даже смерть кого-то из хорошо знакомых или близких людей), прочтением литературы, просмотром фильма с этой тематикой и т. д.

Этиология и патогенез. При изучении вирус – инфицированных Т – клеточных культур от больного с лимфаденопатией в 1963 году Л. Монтане, а в 1984 году Р. Галло открыли ретровирус, который в 1986 году Комитетом экспертов ВОЗ определен как возбудитель СПИДа, вирус AIDS. Этиопатогенез психических нарушений при СПИДе в основном связан с двумя факторами: 1) психическим (психологическим) стрессом при известии о наличии неизлечимого: заболевания и о связанных с этим внутрисемейных интерперсональных и социальных проблемах; 2) общей интоксикацией и нарастающими тяжелыми поражениями тканей головного мозга и в первую очередь нервных клеток.

Вирус СПИДа обладает выраженными нейротропными свойствами и может быть выделен непосредственно из мозговой ткани. По данным патоморфологических исследований, те или иные изменения тканей головного мозга обнаруживаются в 60-90% наблюдений. Это распространенная демиелинизация, диссеминированные периваскулярные изменения, реактивный глиоз, микроочаговые инфаркты мозга. Эти нарушения отмечаются практически во всех структурах мозга, что и обуславливает сходство клинической картины нейроСПИДа с другими нозологическими формами, в основе которых лежат близкие в патоморфологическом отношении поражения ткани мозга. Патоморфологические изменения мозга при СПИДе могут напоминать вирусные энцефалиты различной природы, нейросифилис, токсоплазмоз, диссеминированные метастатические поражения, рассеянный склероз и др.

При лечении психических расстройств у больных СПИДом могут быть использованы психотропные средства, транквилизаторы, антидепрессанты трициклического ряда, но в небольших дозах ввиду повышенной чувствительности больных СПИДом к любым лекарственным средствам, а также к алкоголю. Из-за возможности возникновения частых побочных явлений лечение нужно проводить крайне осторожно. Есть данные, что менее других препаратов токсичен тиоридазин. Хотя СПИД неизлечим, но может протекать хронически с состояниями некоторых ремиссий, поэтому необходима со-ответствующая

психотерапевтическая и психокоррекционная работа не только с больными, но и с людьми, их окружающими.

Нарастание слабоумия не должно быть противопоказанием к проведению психотерапии (особенно поддерживающей), которая будет помогать больным справляться по мере возможности с рядом проблем, обусловленных интеллектуальными нарушениями. Следует также вовлекать в реабилитационную программу всех заболевших, независимо от стадии болезни и возможного ее исхода.

Профилактические мероприятия должны быть организованы очень широко и на высоком уровне с привлечением всех видов и средств информации. Воспитательная и психокоррекционная работа должна проводиться не только медицинскими работниками, психологами, социологами, педагогами, воспитателями, но и всем обществом в целом

### **Психические нарушения при черепно-мозговых травмах**

Черепно-мозговые травмы являются одними из наиболее частых причин смертности и стойкой утраты трудоспособности, ежегодно количество больных с травматическим повреждением головного мозга возрастает на 2%. В структуре травм мирного времени преобладают бытовые, транспортные, производственные, спортивные. Важное медицинское значение имеют осложнения черепно-мозговых травм, такие как развитие эпилептиформного синдрома, травматической церебрастении, энцефалопатии, деменции, патохарактерологических расстройств, их влияние на социальную адаптацию больных. Травмы черепа являются более чем в 20% причиной инвалидности по поводу нервно-психических заболеваний. Черепно-мозговые травмы делят на открытые (с повреждением кожных покровов и костей черепа) и закрытые. Открытые травмы в свою очередь подразделяют на проникающие (с повреждением твердой мозговой оболочки) и непроникающие. Они всегда приводят к развитию осложнений в виде менингоэнцефалита, абсцесса, остеомиелита. Среди закрытых травм выделяют сотрясения (коммоции), которые встречаются наиболее часто, а также ушибы (контузии) и сдавления (компрессии). Нередко наблюдается сочетанная травма головного мозга.

Психические нарушения вследствие черепно-мозговой травмы определяются периодом травматической болезни. Так в острейшем начальном периоде наблюдаются оглушенность, сопор, кома, нарушения сердечно-сосудистой деятельности и дыхания. В остром периоде могут быть чаще непсихотические и реже психотические синдромы. Непсихотические синдромы: астенический, апатико-абулический, эпилептиформные припадки, антероградная и ретроградная амнезия, сурдомутизм. Психотические синдромы: сумеречное состояние сознания, травматический делирий, дисфории, Корсаковский синдром.

В поздний период отмечаются непсихотические нарушения: астенический, астено-невротический, эпилептиформный, психопатоподобный (аффективной неустойчивости) синдромы, значительно реже встречаются поздние травматические психозы: галлюцинаторно-параноидный, маниакально-параноидный, депрессивно-параноидный синдромы. Среди отдаленных последствий ЧМТ наблюдаются церебрастения, энцефалопатия, слабоумие, травматическая эпилепсия, посттравматическое развитие личности.

Психические нарушения острейшего периода представлены в основном состояниями выключения сознания разной степени: кома, сопор, оглушенность. Глубина нарушения сознания зависит от механизма, локализации и тяжести травмы. При развитии комы сознание полностью отсутствует, больные бездвигательны, нарушается дыхание, сердечная деятельность, снижается артериальное давление, возникают патологические рефлексy, отсутствует реакция зрачков на свет.

У большинства больных после легких или средней тяжести черепно-мозговых травм развивается оглушенность, которая характеризуется замедлением мышления больных, их неполной ориентировкой. Больные сонливые, отвечают лишь на сильные раздражители.

После выходы из оглушенности возможны фрагментарные воспоминания об этом периоде.

Психические нарушения острого периода представлены непсихотическими расстройствами в форме астенического синдрома и психозами, протекающими в виде состояний измененного сознания: делирия, эпилептиформного возбуждения, сумеречного расстройства сознания, которые возникают непосредственно после выхода из бессознательного состояния.

При астеническом синдроме в остром периоде черепно-мозговой травмы наблюдается снижение психической продуктивности, повышенная истощаемость, ощущение усталости, гиперестезия, вегетативные расстройства, снижение двигательной активности. Нередки также жалобы на головные боли, головокружения.

Делирий чаще всего развивается у больных, злоупотреблявших алкоголем, или при развитии токсико-инфекционных осложнений. Больные возбуждены, вскакивают, пытаются куда-то бежать, испытывают устрашающие зрительные галлюцинации. Характерным для травматического делирия является наличие вестибулярных расстройств. Прогностически неблагоприятным является переход делириозного синдрома в аментивный. Сумеречное состояние сознания развивается чаще всего в вечернее время, оно проявляется полной дезориентировкой, отрывочными бредовыми идеями, отдельными галлюцинациями, страхом, двигательным возбуждением. Выход из сумеречного состояния происходит через сон с дальнейшей амнезией болезненных переживаний. Сумеречное состояние сознания может протекать с приступами двигательного возбуждения, ступором, двигательными автоматизмами, пуэрильно-псевдодементным поведением.

В остром периоде у больных возможно развитие отдельных или серийных эпилептиформных припадков, галлюцинозов, чаще всего слухового, а также зрительного и тактильного.

В случаях тяжелых черепно-мозговых травм, после выхода больного из комы возможно развитие Корсаковского синдрома с фиксационной, ретро- или антероградной амнезией, конфабуляциями и псевдореминисценциями. Иногда у больных утрачивается способность критически оценить тяжесть своего состояния. Корсаковский синдром может быть преходящим и исчезать через несколько дней, либо протекать длительно и приводить к формированию органического слабоумия.

Длительность острого периода черепно-мозговой травмы колеблется от 2-3 недель до нескольких месяцев. В этот период также возможны аффективные и аффективно-бредовые психозы, в развитии которых важную роль играют экзогенные факторы: физическая нагрузка, утомление, интоксикация, инфекционные заболевания и др. Клиническая картина указанных расстройств представлена маниакальными, депрессивным и аффективно-бредовыми расстройствами, которые сочетаются с конфабуляциями. Депрессивные состояния сопровождаются ипохондрическим бредом. Чаще возникают маниакальные состояния с эйфорией, бредом величия, анозогнозией, умеренно выраженной двигательной активностью с быстро развивающиеся истощаемостью, головной болью, вялостью, сонливостью, проходящими после отдыха. Нередко наблюдается гневливая мания.

В позднем периоде травматических расстройств наблюдаются подострые и затяжные травматические психозы, которые могут протекать периодически.

Психические нарушения отдаленного периода характеризуются различными вариантами психоорганического синдрома. Выраженность сформировавшегося дефекта определяется тяжестью черепно-мозговой травмы, объемом повреждений мозга, возрастом, в котором она произошла, качеством проводимого лечения, наследственными и личностными особенностями, дополнительными экзогенными вредностями, соматическим состоянием и др.

Наиболее частым последствием ЧМТ является травматическая церебрастения, которая

развивается в 60-75% случаев. В клинической картине заболевания преобладают постепенно нарастающая слабость, снижение умственной и физической продуктивности, в сочетании с раздражительностью и истощаемостью. Отмечаются кратковременные вспышки раздражительности, после которых больные обычно сожалеют о своей несдержанности. Вегетативные расстройства проявляются колебаниями артериального давления, тахикардией, головокружением, головной болью, потливостью, вестибулярными нарушениями, расстройством ритма сон-бодрствование. Больные плохо переносят поездку в транспорте, качели, телевизор. Нередки жалобы на ухудшение самочувствия при изменениях погоды и при нахождении в душном помещении. Характерна торпидность и ригидность нервных процессов. Снижается способность к быстрому переключению с одного вида деятельности на другой, а вынужденная необходимость выполнять такую работу приводит к декомпенсации состояния и нарастанию выраженной церебрастенической симптоматики. Травматическая церебрастения нередко сочетается с различными неврозоподобными симптомами, фобиями, истерическими реакциями, вегетативными и соматическими расстройствами, тревогой и субдепрессивной симптоматикой, вегетативными пароксизмами.

Травматическая энцефалопатия развивается на фоне остаточных явлений органического поражения головного мозга, от локализации и тяжести которых зависят особенности клинической картины. Наиболее часто встречаются аффективные нарушения на фоне психопатоподобных расстройств возбудимого и истерического типов. Больные с апатическим вариантом энцефалопатии характеризуются выраженными астеническими расстройствами с преобладанием истощаемости и утомляемости, они вялые, бездеятельные, отмечается снижение круга интересов, нарушения памяти, затруднение интеллектуальной деятельности. У этих больных эмоциональная возбудимость превалирует над истощаемостью, они грубы, вспыльчивы, склонны к агрессивным действиям. Отмечаются колебания настроения, легко возникают неадекватные вспышки гнева. Продуктивная деятельность может быть затруднена из-за аффективных нарушений, что еще больше вызывает недовольство собой и реакции раздражения. Мышление больных характеризуется инертностью и склонностью к застреванию на неприятных эмоциональных переживаниях. Возможно развитие дисфорий в виде приступов тоскливо-злобного или тревожного настроения, длительностью несколько дней, во время которых больные могут совершать агрессивные и аутоагрессивные поступки, выявляют склонность к бродяжничеству (дромомании).

Кроме травматической энцефалопатии в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы возможно развитие циклотимоподобных расстройств, которые обычно сочетаются с астеническими или психопатоподобными синдромами и сопровождаются дисфорическим компонентом. Чаще встречаются субдепрессивные состояния, которые характеризуются обидчивостью, слезливостью, сенеспатиями, вегето-сосудистыми расстройствами, ипохондрической настроенностью в отношении своего здоровья, иногда достигающей степени сверхценных идей со стремлением получить именно то лечение, которое, по мнению больного, ему необходимо.

Симптоматика гипоманиакальных состояний характеризуется восторженным отношением больных к окружающему, эмоциональной лабильностью, слабодушием. Возможно также появление сверхценных идей по поводу своего здоровья, сутяжное поведение, повышенная раздражительность, выраженная склонность к конфликтам. Продолжительность этих состояний различна. Чаще встречаются монополярные приступы. Нередко на фоне аффективных расстройств происходит злоупотребление алкоголем.

Эпилептиформные пароксизмальные расстройства (травматическая эпилепсия) могут формироваться в различные сроки после перенесенной черепно-мозговой травмы, чаще всего через несколько лет. Они отличаются полиморфизмом: генерализованные, джексоновские припадки, бессудорожные пароксизмы: абсансы, приступы каталепсии,

так называемые эпилептические сны, психосенсорные расстройства (метаморфозии и расстройства схемы тела). Возможно появление вегетативных пароксизмов с выраженной тревогой, страхом, гиперпатией и общей гиперестезией. Нередко после судорожных припадков возникают сумеречные состояния сознания. Это обычно свидетельствует о неблагоприятном течении заболевания. Они часто обусловлены дополнительными экзогенными факторами и прежде всего алкогольной интоксикацией, а также психической травматизацией. Длительность сумеречных состояний невелика, но иногда достигает нескольких часов.

В отдаленном периоде черепно-мозговой травмы могут наблюдаться так называемые эндоформные психозы: аффективные и аффективно-бредовые. Аффективные психозы протекают в виде монополярных маниакальных или, реже, депрессивных состояний. Они характеризуются острым началом, чередованием эйфории с гневливостью, мориоподобным дурашливым поведением. Нередко маниакальное состояние возникает на фоне экзогенных факторов (интоксикаций, повторных травм, оперативного вмешательства, соматического заболевания).

Аффективно-бредовые психозы характеризуются галлюцинаторно-бредовыми и паранойяльными синдромами. Галлюцинаторно-бредовые психозы как правило возникают остро на фоне симптомов травматической энцефалопатии с преобладанием апатических расстройств. Риск заболевания повышается у больных с соматическими расстройствами, а также после перенесенных оперативных вмешательств. Бред несистематизированный, конкретный, галлюцинации истинные, наблюдается чередование психомоторного возбуждения и заторможенности, аффективные переживания обусловлены бредом и галлюцинациями. Депрессивные состояния могут быть спровоцированы психическими травмами. Кроме тоски, выражена тревога, ипохондрические переживания с дисфорической оценкой своего состояния и окружающего.

Паранойяльные психозы развиваются чаще у мужчин спустя 10 и более лет после черепно-мозговой травмы. Клиническая картина характеризуется наличием сверхценных и бредовых идей ревности с сутяжными и кверулянтскими тенденциями. Паранойяльные идеи ревности могут сочетаться с идеями ущерба, отравления, преследования. Психоз протекает хронически и сопровождается формированием психоорганического синдрома.

Травматическое слабоумие развивается у 3–5% перенесших черепно-мозговую травму. Оно может быть как следствием травматических психозов или прогрессирующего течения травматической болезни с повторными травмами, а также возникать в результате развивающегося церебрального атеросклероза. При травматическом слабоумии у больных преобладают нарушения памяти, снижение круга интересов, вялость, слабодушие, иногда назойливость, эйфория, расторможенность влечений, переоценка своих возможностей, отсутствие критики.

К редким видам травм в условиях мирного времени относят травму взрывной волной, которая представляет собой комплексное поражение в виде сотрясения, ушиба мозга, травматизации слухового анализатора, нарушения мозгового кровообращения, в связи с резкими колебаниями барометрического давления. При травме взрывной волной больной испытывает как бы удар упругим телом в область затылка, наблюдается кратковременная потеря сознания, во время которого больные лежат неподвижно, из ушей, носа, рта течет кровь. После прояснения сознания может развиваться кратковременное возбуждение, которое сменяется выраженной адинамией: больные малоподвижны, вялы, безучастны к окружающему, предпочитают лежать даже в неудобных позах. Ретро- и антероградная амнезия встречаются редко, постоянной жалобой являются головная боль, тяжесть, шум в голове.

Возможно развитие динамической астении, ощущение физического или психического дискомфорта, раздражительность, ощущение слабости и бессилия. Нередко отмечаются вегетативные и вестибулярные расстройства в виде головных болей, головокружения,

внезапно возникающего чувства жара, затрудненного дыхания, давления в голове или в области сердца. Нередко больные предъявляют различные ипохондрические жалобы, отмечается гиперестезия к звукам, свету, запахам. Ухудшение часто наблюдается по вечерам. Обычно нарушено засыпание, сон с неприятными яркими, часто устрашающими сновидениями с военной тематикой. Наиболее характерным признаком травматического поражения взрывной волной является сурдомутизм. Слух, как правило, восстанавливается раньше речи, больные начинают слышать, но говорить не могут. Восстановление речи происходит спонтанно под влиянием эмоционально значимых ситуаций. При объективном обследовании выявляется легкая рассеянная неврологическая симптоматика: анизокория, глазодвигательные нарушения, отклонения языка.

Острый период этих расстройств колеблется от 4 до 6 недель, затем появляются другие психические нарушения, в этот период возможны колебания настроения, причем у молодых может наблюдаться состояние эйфории с повышенной раздражительностью и склонностью к приступам ярости или истерическим припадкам. В зрелом возрасте преобладает пониженное настроение с дисфорическим оттенком или апатией, часто отмечаются жалобы на плохое физическое самочувствие, гиперестезия в отношении всех раздражителей.

**Возрастные особенности травматической болезни.** Травмы головы у детей встречаются достаточно часто, особенно у детей в возрасте от 6 до 14 лет. Психические нарушения в остром периоде у детей возникают на фоне повышения внутричерепного давления: наблюдаются общемозговые и менингеальные расстройства, выраженные вегетативные и вестибулярные симптомы и признаки локального поражения мозга. Наиболее тяжелые симптомы развиваются через несколько дней после черепно-мозговой травмы. Частым симптомом являются пароксизмальные расстройства, которые наблюдаются как в остром периоде, так и в периоде реконвалесценции. Течение травматической болезни у детей, как правило, доброкачественное, обратному развитию подвергаются даже тяжелые локальные расстройства. Астения в отдаленном периоде выражена слабо, преобладают двигательная расторможенность, эмоциональная лабильность, возбудимость. Иногда после тяжелых черепно-мозговых травм, перенесенных в раннем детстве, обнаруживается интеллектуальный дефект, напоминающий олигофрению.

У детей раннего возраста (до 3 лет) полного выключения сознания обычно не наблюдается, общемозговые расстройства бывают стертыми. Четким признаком черепно-мозговой травмы являются многократная рвота и вегетативные симптомы: повышение температуры тела, гипергидроз, тахикардия, головокружение и др. Характерным является нарушение ритма сна и бодрствования. Ребенок не спит ночью и сонлив днем.

Травматическая церебрастения у детей проявляется головными болями, которые возникают внезапно или при определенных условиях (в душном помещении, при беге, шуме), головокружения и вестибулярные расстройства встречаются реже. Собственно астения бывает очень слабо выражена, преобладает двигательная расторможенность, лабильность эмоций, возбудимость, вегетативно-сосудистые расстройства (усиление вазомоторных реакций, яркий дермографизм, тахикардия, гипергидроз). Апатико-динамический синдром у детей характеризуется вялостью, апатией, медлительностью, снижением активности и стремления к деятельности, ограничением контактов с окружающими в связи с быстрой истощаемостью, отсутствием интереса. Такие дети не справляются со школьной программой, но не мешают окружающим и не вызывают нареканий у педагогов.

У детей с гипердинамическим синдромом преобладает двигательная расторможенность, суетливость, иногда с повышенным настроением с оттенком эйфории. Дети возбуждены, неусидчивы, бегают, шумят, часто вскакивают, хватают какие-то вещи, но тут же бросают. Настроение характеризуется неустойчивостью и беспечностью. Больные внешне добродушны, внушаемы, иногда дурашливы. Наблюдаются снижение

критики, затруднения в усвоении нового материала. Дальнейшее развитие этих расстройств нередко приводит к более дифференцированному психопатоподобному поведению. Дети плохо уживаются в коллективе, не усваивают учебный материал, нарушают дисциплину, мешают окружающим, терроризируют учителей. В связи с тем, что такие больные не предъявляют никаких жалоб на здоровье, неадекватное поведение длительное время не оценивается как болезненное и к ним предъявляются только дисциплинарные требования.

### **Психические нарушения при ожоговой болезни**

Ожогом считается повреждение тканей, возникшее в результате местного теплового (термического), электрического, химического или радиационного воздействия. В клинической практике наиболее часто встречаются термические ожоги, которые могут быть вызваны воздействием пламени, лучевой теплоты, раскаленных металлов и газов, горючих жидкостей. Они составляют 2% всех хирургических болезней. По данным ВОЗ, ожоги занимают третье, а в некоторых странах – второе место по частоте среди прочих травм. Ежегодно в мире погибают от ожогов десятки тысяч человек. Тяжесть повреждения зависит от высоты температуры, длительности воздействия, обширности поражения и локализации ожога. Термические ожоги с более низкой температурой при длительном воздействии имеют такое же патогенное значение, что и кратковременное воздействие термических агентов высокой температуры. Например, нагрев тела до 42° в течение 6 часов приводит к некрозу кожи, что возможно при обкладывании грелками больного, находящегося в бессознательном состоянии. Пороговой для организма считается температура 45-50 град. Чаще всего возникают ожоги рук, ног, глаз.

Риск возникновения психических нарушений при ожоговой болезни зависят от глубины и площади поражения. Ожоговая болезнь, как комплекс клинических симптомов, развивающихся вследствие термического повреждения кожных покровов и подлежащих тканей, развивается при поверхностных ожогах с поражением более 15% поверхности кожи, а при глубоких ожогах – более 10%, причем психические нарушения встречаются у 85–90% больных. С увеличением тяжести ожоговой болезни возрастает число больных с психическими нарушениями, причем характерно, что чаще наблюдается психотическая симптоматика. В отдаленном периоде психические нарушения наблюдаются у каждого шестого пострадавшего.

В развитии патологических изменений при ожоговой болезни играют роль нарушения регуляторных механизмов и функций жизнеобеспечения, наличие крово- и плазмотери, токсические влияния как эндогенного, так и экзогенного характера (иммунологические, инфекционные). Нервно-психические расстройства при ожоговой болезни полиморфны: они могут быть как транзиторными, так и длительными. Это обусловлено локализацией, глубиной и площадью ожога, преморбидными особенностями личности пострадавшего, его отношением к факту заболевания.

Выделяют несколько периодов (этапов) ожоговой болезни: шок, острая ожоговая токсемия, септикотоксемия, реконвалесценция и этап отдаленных последствий. Шок является частым проявлением ожоговой болезни, он возникает при поражении более 30% поверхности тела при ожогах I степени, более 10% – при ожогах II-IV степени. Чаще всего симптомы шока развиваются через 1-2 часа после ожога. Его причиной являются нейроваскулярные рефлексы (боль, страх) с выбросом катехоламинов, образование токсичных веществ, белковые и водно-электролитные нарушения, приводящие к гипоксии, нарушениям обмена, интоксикации и инфекции.

Воздействия ожога на центральную нервную систему массивны и полиморфны. В патогенезе важную роль играют перевозбуждение (афферентная импульсация) ЦНС, гипоксия мозга, связанная с нарушениями кровообращения и водно-солевого обмена, а также вторичная гипоксия в связи с нарушением функции внешнего дыхания. Расстройства кровообращения вначале характеризуются спазмом сосудов, что приводит к

первичной ишемии мозга, а гемоконцентрация и нарушения водного обмена – к отеку мозга и вторичной ишемии мозга.

Развитие интоксикации обусловлено наличием продуктов распада белков, к которым в дальнейшем может присоединиться вторичная, инфекционная, интоксикация. Указанные нарушения являются патогенетическими факторами развития гипоксии, ишемии головного мозга, сосудистых нарушений, что сопровождается формированием астенического синдрома, делирия и других психических расстройств, а в дальнейшем приводит к необратимым расстройствам психической деятельности в виде ожоговой энцефалопатии.

Особенности нервно-психических расстройств в период шока обусловлены не личностью пострадавшего, а в первую очередь выраженностью и периодом шока. Наиболее тяжело шок развивается у детей, стариков и соматически ослабленных людей.

Начальный период шока (эректильная фаза) характеризуется возникновением обнубиляции и речедвигательного возбуждения, которое может сопровождаться эйфорией и рассеянной неврологической симптоматикой в виде пареза конвергенции, мидриаза или миоза, нистагма. В этой фазе шока повышаются сухожильные рефлексы, отмечаются легкие менингеальные симптомы, преимущественно белый дермографизм и тахикардия. При ухудшении физического состояния нарастает торпидная фаза шока. Усиливается заторможенность, адинамия, обнубиляции сменяются состоянием оглушенности, а в дальнейшем – сопором и комой, может развиваться делирий, клонические судороги. Часто отмечается снижение диуреза вплоть до анурии, коллапс. Неблагоприятным прогностическим признаком считается рвота и понос, более 70% больных в этой стадии шока погибают от острой сердечно-сосудистой недостаточности.

Явления шока обычно купируются к 3-му дню заболевания. В период острой ожоговой токсемии и септикотоксемии неврологические расстройства проявляются в нарастании менингеальных симптомов, головных болей, головокружений, тошноты и частой рвоты. Наблюдаются рассеянная неврологическая симптоматика и мышечная гипотония, повышение сухожильных и периостальных рефлексов, их асимметрия. Отмечаются судорожные проявления, чаще локальные и реже генерализованные.

Среди психопатологических нарушений ранним и наиболее стойким является астенический синдром, тяжесть которого определяется выраженностью интоксикации, особенно такими признаками, как гипертермия, усиление тахикардии, тахипноэ, колебания артериального давления, чаще в сторону снижения. Возможно развитие астенической спутанности сознания, гипнагогических галлюцинаций, оглушенности, а также появление состояний помрачения сознания с развитием делириозного, онейроидного или аментивного синдромов, которые могут протекать стерто и атипично.

На фоне улучшения соматического состояния и уменьшения интоксикации наблюдается редукция психопатологической симптоматики, больной начинает более адекватно оценивать случившееся: утрату трудоспособности, внешней привлекательности, возможного крушения жизненных планов, что может приводить к формированию психогенных расстройств. В этот период у больных преобладают тревожно-депрессивные расстройства, причем тяжесть психогенных расстройств находится в обратной зависимости от выраженности астенического синдрома.

В дальнейшем по мере обратного развития общемозговых нарушений (к концу второй и началу третьей недели) выявляется доминирование локальных симптомов поражения центральной и периферической нервной системы: нарушения со стороны двигательных черепных нервов, анизорефлексия по гемитипу, патологические рефлексы, парезы и параличи, преобладание симпатического или парасимпатического тонуса. Психопатологическая картина характеризуется формированием психоорганического синдрома (ожоговой энцефалопатии), включающего интеллектуально-мнестические и аффективные расстройства, степень которых определяется индивидуальными особенностями больного, глубиной и площадью ожогов.

Период реконвалесценции характеризуется полным отторжением некротических тканей, заполнением дефектов грануляциями, развитием обменно-трофических нарушений и снижением реактивности организма. Возможна дополнительная психогенная травматизация больного, связанная с осознанием реальности ампутаций, дефектов внешности, обезображивающих рубцов.

В этом периоде на фоне ожоговой энцефалопатии развиваются астено-депрессивные расстройства, психопатоподобные проявления по возбудимому, тормозному и апатическому типу, у некоторых сверхценные идеи отношения, имеющие склонность к генерализации, но обычно нестойкие и переходящие в подозрительность и недоверчивость. В ряде случаев развиваются астенические состояния с невротическими и невротоподобными симптомами, энцефалопатические, психопатоподобные расстройства, признаки психоорганического синдрома, пароксизмальные расстройства, органическое слабоумие. Обычно сохраняется очаговая неврологическая симптоматика.

В некоторых случаях у лиц, перенесших ожоги, появляется навязчивый страх перед огнем с выраженными вегетативными реакциями при необходимости выполнения действий, связанных с огнем. Имеется критическое отношение больных, отсутствует переживание чуждости, нет ритуальной защиты и генерализации, характерно регрессионное течение.

Астенические (церебрастенические) расстройства, возникающие на фоне ожоговой болезни легкой степени, характеризуются регрессионным течением. В клинической картине преобладают утомляемость, снижение психической продуктивности, соматовегетативные проявления в виде головных болей различной локализации и интенсивности, головокружения, вегетативной лабильности, возможно развитие вегетативных пароксизмов, нередко возникает повышенная метеочувствительность. Такие расстройства достаточно стойкие, нередко возникает повторная декомпенсация психического состояния. Обезображивающие рубцы в результате ожогов лица и открытых участков тела нередко являются причиной формирования сверхценных идей и депрессивных расстройств.

Отдаленный период ожоговой болезни характеризуется развитием ожоговой энцефалопатии, в которой выделяют апатический, экзпозивный, тормозимый и смешанный варианты. Патоморфологической основой ожоговой энцефалопатии являются очаги пароксизмальной активности, участки запустения, главным образом в передних отделах мозга, расширение желудочков и борозд головного мозга. В этом периоде возникают пароксизмальные расстройства: развернутые генерализованные припадки, вегетативные пароксизмы, абсансы, а также изменения личности по эпилептоидному типу.

Развитие ожоговой болезни нередко сопровождается формированием ожоговой энцефалопатии. При ожогах площадью более 50% поверхности тела возможно развитие апатического варианта ожоговой энцефалопатии, по выраженности интеллектуально-мнестических расстройств приближающейся к органическому слабоумию.

### **Экологическая психиатрия**

#### **Психические нарушения при пищевых, промышленных и бытовых отравлениях**

Большое число факторов окружающей среды способно вызвать у людей, подвергшихся их воздействию, различные как специфические, так и неспецифические расстройства. Изучение этих расстройств происходит на стыке психиатрии с токсикологией, фармакологией и другими областями медицины. Пороки современного промышленного производства, появление сельскохозяйственных продуктов с нитратами и другими неблагоприятными для человека “добавками”, качество пищевых продуктов, воды, неконтрольный прием лекарственных препаратов, обусловленный в частности, широкой их рекламой, способствует значительному росту отравлений, сопровождающихся психическими нарушениями. Это обусловило появление в последнее

десятилетие XX века нового направления в психиатрии – так называемой экологической психиатрии.

Психические нарушения, вызванные острыми и хроническими интоксикациями, относятся по МКБ – 10 к F – 0 и являются по сути своей симптоматическими.

Проблема острых отравлений стала особенно актуальной в последние годы, когда резко возросло количество химических веществ, применяемых на производстве, сельском хозяйстве, быту и медицине.

В клинической практике чаще всего наблюдаются отравления снотворными, транквилизаторами, наркотиками, этиловым и метиловым спиртом, СО, ФОС, углеводородом и пр.

Острые и хронические отравления различными токсическими веществами вызывают различные психические расстройства: непсихотические, психотические и дефектно-органические.

Один и тот же токсический фактор может вызвать разные нарушения в зависимости от дозы, скорости воздействия и индивидуальных особенностей организма. Кроме того, не наблюдается четкой зависимости клиники психопатологических синдромов от вида отравления, так один и тот же синдром может развиваться при отравлениях многими веществами. Однако можно наблюдать некоторую “предпочтительность” синдромов для определенных видов интоксикаций. В некоторых случаях интоксикации являются провоцирующими факторами для эндогенных психозов (шизофрении, маниакально-депрессивного психоза).

Классификация психических нарушений, вызванных интоксикацией. Систематика интоксикационных нарушений психики проводится по 2-м принципам: в зависимости от токсического агента и в зависимости от клинической картины. В зависимости от токсического агента разделяют следующие виды интоксикаций: а) медикаментозные (отравление снотворными, седатиками, бромом, атропином, акрихином, нейролептиками, транквилизаторами, стероидными гормонами, резерпином); б) пищевые (отравление спориньей, грибами, ботулизм); в) промышленные и бытовые (отравление ртутью, свинцом, тетраэтилсвинцом, угарным газом, фосфорорганическими соединениями, бензином, бензолом, антифризом, ацетоном, пестицидами, анилином, сероводородом, сероуглеродом, пестицидами, светильным газом, марганцем, мышьяком).

По течению психические нарушения вследствие интоксикаций подразделяются на острые и затяжные.

Психические нарушения при острых интоксикациях – синдромы: 1) Астенический (астено-невротический, астено-депрессивный, астено-ипохондрический) – при всех видах отравлений. 2) Выключение сознания (барбитураты, транквилизаторы, СО, антифриз, пестициды). 3) Делириозный (мелипрамин, амитриптилин, бром, сероводород, угарный газ – СО, атропин, светильный газ, лепопекс, димедрол, циклодол, тетраэтилсвинец, анилин, бензин, грибы, ботулизм). 4) Онейроидный (ацетон, эфир, стероидные гормоны). 5) Аментивный (фосфоорганические соединения – ФОС, спорынья). 6) Маниакальный (акрихин, стероидные гормоны, сероуглерод). 7) Параноидный (психостимуляторы). 8) Кататонический (кортикоиды, АКТГ).

Основные-психопатологические синдромы при хронических интоксикациях: 1-я стадия – астенический, неврозоподобный. 2-я стадия – психоорганический, Корсаковский, деменция, судорожный.

На фоне астенических и органических симптомов при хронических интоксикациях могут развиваться психозы: хронические параноиды (ФОС, психостимуляторы), затяжные депрессии (резерпин, аминазин).

Острые интоксикационные психозы. Психические нарушения могут появиться в различные сроки с момента отравления в зависимости от особенностей отравляющего вещества, дозы, путей его метаболизма. Длительность психоза также различна и обуславливается наличием яда в организме и развитием осложнений. В первую очередь

нарушается сознание, в легких случаях развивается оглушенность, сонливость, при отравлениях средней степени оглушенность сменяется сомнолетностью или психотическими формами расстройства сознания. При тяжелых отравлениях происходит выключение сознания (сопор, кома) и развиваются острые психозы, проявляющиеся различными психопатологическими симптомами. Клиника острых интоксикационных психозов, вызванных различными ядами, имеет много сходного. Отличия в основном проявляются в соматических и неврологических симптомах.

Наиболее частым психотическим синдромом при острых отравлениях является делириозный. При этом у больных появляются яркие зрительные галлюцинации, у некоторых также слуховые, обонятельные и вкусовые, связанные тематически со зрительными. Больные дезориентированы в окружающем, поведение их определяется характером галлюцинаций, критического отношения к ним нет. В пределириозном состоянии появляются яркие ночные сновидения, зрительные иллюзии, беспричинный страх и тревога.

При интоксикационном онейроиде больные полностью отключены от реальности, погружены в созерцание фантастических, нередко сценподобных зрительных галлюцинаций, о содержании которых можно догадываться только по мимике больного, т.к. они контакту недоступны и в отличие от делирия, двигательны пассивны. Интоксикационный аментивный синдром характеризуется полной дезориентировкой, неузнаванием близких, непониманием происходящего, растерянностью, бессвязным мышлением.

При интоксикационных параноидах развивается бред преследования, отравления, слуховые галлюцинации. Маниакальноподобные состояния отличаются эйфорией, многоречивостью без усиления стремление к деятельности.

Психические нарушения при хронических интоксикациях. В первой – неврозоподобной стадии появляются астенические, астено-ипохондрические, астено-депрессивные состояния, иногда – истероидные и астено-обсессивные. Психоорганическая стадия формируются либо постепенно на фоне неврозоподобных расстройств, либо ее симптомы появляются с самого начала интоксикации. У больных резко нарушается память, особенно кратковременная, снижается способность к фиксации, нарушается внимание, больные жалуются на трудности в сосредоточении, переключении внимания, становятся рассеянными. Ухудшается сообразительность, снижается быстрота ориентировки в событиях. В ряде случаев развивается корсаковский синдром и синдром тотальной деменции. На фоне неврозоподобных и психоорганических проявлений при некоторых интоксикациях развивается параноидный и депрессивный синдром.

Психические нарушения при лекарственных интоксикациях. Отравления лекарствами могут возникнуть в результате повышенной чувствительности к ним при приеме даже средних терапевтических доз. Однако, чаще всего, такие лекарственные интоксикации являются результатом приема больших доз, что может быть и при употреблении их с целью суицида, и при передозировках, обусловленных врачебными ошибками либо самолечением. Психические нарушения возникают чаще всего при отравлении психотропными, наркотическими, холинолитическими препаратами, реже – гормонами, иногда – антибиотиками.

Снотворные. Наиболее грубые нарушения возникают при отравлении барбитуратами, после однократного приема больших доз, которых возникает состояние, напоминающее опьянение, затем – оглушенность, быстро переходящая в сопор и кому. У ряда больных возникают эпилептиформные припадки. Хроническая интоксикация барбитуратами приводит к развитию психопатоподобных состояний с эйфорией, расторможенностью, расстройством памяти, значительным снижением критики. В некоторых случаях развиваются галлюцинаторно-параноидные и депрессивно-параноидные психозы. Резкое прекращение приема барбитуратов сопровождается эпилептиформными припадками или комой.

Нейролептики. При отравлении лепонексом (клозепином), тизерцином (левомепромазином) может развиваться делирий, передозировка аминазина (хлорпромазина) приводит к депрессии.

Антидепрессанты. Передозировки мелипрамина и амитриптилина могут вызвать делириозные состояния. При приеме ингибиторов МАО иногда возникают кратковременные психотические состояния с возбуждением, эйфорией, подозрительностью.

Астматол. В начале интоксикации появляется астения, сонливость, нарушение зрения. В последующем развивается делирий со зрительными галлюцинациями в виде мелких животных, насекомых. В некоторых случаях возникает острый вербальный галлюциноз с последующим вторичным параноидным бредом. Больные, как правило, возбуждены, совершают хаотические нецеленаправленные хореоподобные движения. Лицо гиперемировано, зрачки широкие, речь невнятная, разорванная.

Атропин. Через несколько минут после приема атропина резко расширяются зрачки, учащается пульс и дыхание, нарушается аккомодация. Вслед за этими симптомами развивается делирий с резким двигательным возбуждением, разнообразными зрительными и тактильными галлюцинациями, тревогой, страхами, нередко агрессивностью, сопровождающейся тремором, подергиванием отдельных групп мышц. У ряда больных развивается оглушенность, переходящая в сопор и кому.

Циклодол. Прием препарата в дозе, превышающей терапевтическую в 2-3 раза, вызывает вначале эйфорию, в последующем суживается сознание с ощущением полета, появляются яркие зрительные цветные галлюцинации, напоминающие мультипликационный фильм.

Акрихин (атебрин). Препарат используется при лечении малярии. Передозировка сопровождается эйфорией без стремления к деятельности и с астенией. Делирии возникают сравнительно редко.

Кофеин. Передозировка вызывает усиление двигательной активности, многоречивость, общее возбуждение, вслед за которым появляется вялость, сонливость, неуверенная походка. Иногда развивается делирий с обильными зрительными и слуховыми галлюцинациями и эпилептиформным возбуждением.

Гормональные препараты. При введении тиреоидных гормонов, кортикостероидов, эстрогенов могут развиваться делирий, галлюцинаторно-бредовые синдромы, эпилептиформные припадки.

Кортизон, оказывая стимулирующее действие на ЦНС, вызывает эйфорию, бессонницу, двигательное возбуждение. Кортизон и АКТГ могут вызывать депрессивные, депрессивно-параноидные, галлюцинаторно-параноидные, кататоноподобные психозы. При гормональных психозах у детей чаще развивается делирий с галлюцинациями в виде мелких животных и насекомых, а также нарушение схемы тела.

#### **Психические нарушения при пищевых отравлениях.**

Отравление спорыньей и ее препаратами (эрготоксин, эрготамина) проявляется оглушенностью, снижением настроения, ослаблением памяти. В ряде случаев развивается аментивный синдром.

Ботулизм может сопровождаться делириозным состоянием с двигательным возбуждением.

Отравление грибами приводит к помрачению сознания, развитию снаподобного делирия с отрывочными галлюцинациями, подавленным настроением, сменяющемся резким возбуждением.

Психические нарушения при промышленных и бытовых отравлениях.

Бензин. При острой интоксикации развивается эйфория с астенией и головной болью, тошнотой, рвотой, сменяющиеся делирием с гипнагогическими галлюцинациями. Тяжелое отравление приводит к выключению сознания (сопор, кома). Могут появиться судороги, параличи, в ряде случаев – летальный исход.

Ацетон. При острой интоксикации развиваются астенические состояния с головокружением, шаткостью при ходьбе, тошнотой, рвотой. В ряде случаев возникают затяжные делириозные состояния со светлыми промежутками днем и усилением симптоматики к вечеру. Хроническое отравление вызывает органические изменения личности.

Анилин. В легких случаях появляется головная боль, тошнота, рвота, судорожные подергивания. При тяжелых отравлениях происходит выключение сознания или развивается делирий с резким возбуждением, иногда переходящий в муссицирующий делирий. Характерен внешний вид больных – кожа и слизистые окрашены в серый или серовато-черный цвет.

При отравлении бензолом и нитробензолом развивается состояние, аналогичное интоксикации анилином. У больных возрастает лейкоцитоз, в выдыхаемом воздухе запах горького миндаля.

Отравление окисью углерода (СО) – одно из самых тяжелых, т.к. приводит к грубым органическим изменениям в коре головного мозга. В остром периоде интоксикации быстро развивается оглушенность, сменяющаяся комой. Возможен делирий со зрительными и обонятельными галлюцинациями, чувством страха, резким двигательным возбуждением. У ряда больных возникает ступор, напоминающий кататонический. Через несколько дней после отравления на фоне удовлетворительного состояния развиваются психопатоподобные проявления, корсаковский синдром, паркинсонизм, афазия, агнозия. Восстановление памяти происходит очень медленно. Во многих случаях остаются необратимые психоорганические симптомы. При хронической интоксикации СО развиваются астенические, астено-депрессивные, астено-ипохондрические состояния на фоне психоорганических нарушений.

Отравление ртутью. В более легких случаях появляется раздражительность, слезливость, упорная бессонница с кошмарными сновидениями, вялость, апатия, аспонтанность. При хроническом отравлении развивается психоорганический синдром с аффективной лабильностью, слабодушием, иногда с эйфорией, снижением критики. Характерны дизартрия, апатия, тремор.

Хроническая интоксикация марганцем вызывает длительные астенические состояния, психосенсорные расстройств, депрессии с суицидальными мыслями, бредовые идеи отношения, сопровождаемые паническими симптомами. В ряде случаев развивается психоорганический синдром, явления паркинсонизма, психопатоподобные изменения личности.

Острое отравление мышьяком сопровождается выключением сознания, которому предшествует рвота с кровью, диспептические явления, увеличение печени и селезенки. Хроническая интоксикация приводит к развитию психоорганического синдрома.

Первые признаки интоксикации свинцом – головная боль, головокружение, раздражительная слабость. При тяжелом отравлении развивается делирий, эпилептиформное возбуждение. Хроническая интоксикация характеризуется психоорганическим синдромом с эпилептиформными припадками и грубыми мнестическими расстройствами.

Делириозный синдром при отравлении тетраэтилсвинцом характеризуется своеобразными галлюцинациями – больные ощущают во рту посторонние предметы (волосы, тряпки, веточки и др.), от которых они постоянно пытаются освободиться. При этом происходит грубая астенизация с брадикардией, гипотонией, головными болями, головокружением, тошнотой, гиперсоливацией, поносом, резкими болями в животе, гипергидрозом. Характерными являются различные гиперкинезы: интенционный тремор, хореоформные движения, судорожные подергивания некоторых групп мышц, сопровождаемые мышечной слабостью и апатией. Возможны эпилептиформные припадки.

При хронической интоксикации ТЭС могут развиваться и корсаковский синдром, и

тотальная деменция.

Фосфор и фосфорорганические соединения (ФОС) нередко вызывают отравления, т.к. содержатся в пестицидах, широко применяемых в сельском хозяйстве. Эти вещества могут проникать в организм при дыхании, с пищей, водой и через кожу.

Острые отравления ФОС вызывают астению, эмоциональную лабильность, гиперактивность, снижение памяти, дезориентировку, бессвязность мышления, нарушение речи, атаксию, тремор, повышение сухожильных рефлексов. В дальнейшем появляется немотивированный страх, тревога, галлюцинации, иногда настроение становится депрессивным. Психические нарушения сопровождаются светобоязнью, фотопсиями, брадикардией, гипергидрозом, тошнотой, дизартрией, нистагмом. Характерна неукротимая рвота, рвотные массы с запахом чеснока и светятся в темноте. Возможны выключения сознания от оглушенности до комы, сменяющиеся длительным сном. При хроническом отравлении развиваются протрагированные симптоматические психозы с галлюцинаторно-бредовыми или кататоническими (ступорозными), синдромами.

При приеме внутрь антифриза появляется эйфория, суетливость, страх, двигательное возбуждение. Вслед за этим наступает дезориентировка, оглушенность, иногда кома, нередко с летальным исходом. При выходе из комы сознание возвращается не сразу, могут появиться амнестические симптомы, зрительные галлюцинации. В последующем – астения.

При остром отравлении сероуглеродом развивается маниакальноподобное состояние с импульсивностью, судорогами, кататоноподобными симптомами. Хроническое отравление может проявиться шизофреноподобными состояниями.

Отравление сероводородом вызывает делирий с устрашающими галлюцинациями и резким возбуждением.

Течение интоксикационных психозов разнообразно. В одних случаях наблюдается острые типы течения с благоприятным и неблагоприятным исходом. В других случаях имеет место затяжная форма с медленным, вялым развитием симптоматики, она может быть регрессирующей и прогрессирующей. Исход интоксикационных психических расстройств зависит от типа течения. Острые интоксикационные психозы после завершения действия яда или его токсических последствий заканчиваются выздоровлением после периода астении. Если же яд вызвал грубые необратимые нарушения в головном мозге, развиваются органические психопатологические синдромы. При тяжелых острых отравлениях, вызывающих выключение сознания или эпилептический статус (барбитураты, ФОС, окись углерода, грибы, спорынья, ботулизм, ТЭС) может наступить летальный исход.

Острые интоксикационные делирии и онейроидное состояние нередко заканчиваются полным выздоровлением через стадию астении. Тяжелые формы делирия (мусситирующий) могут закончиться развитием корсаковского или психоорганического синдрома и улучшение при этом может наступить через несколько месяцев, и даже лет. Неврозоподобные расстройства при хронических интоксикациях после прекращения действия яда сглаживаются постепенно (недели, месяцы). При неглубоких мнестических нарушениях после лечения наступает улучшение. Органическое слабоумие необратимо. Интоксикационные параноиды, депрессии и маниакальные состояния обычно завершаются после прекращения интоксикации.

Клиническая картина интоксикационных психозов может напоминать эндогенные психозы или симптоматические психозы другой этиологии (алкогольные, инфекционные, соматогенные, эндокринные). В пользу интоксикационных психозов свидетельствуют данные анамнеза и анализа ситуации, приведшей к их возникновению, а также общесоматическая вегетативная картина отравления. Токсическую природу нарушений сознания можно установить на основании исследований крови, мочи и имеющихся анамнестических данных. Затяжные эндоформные синдромы необходимо дифференцировать с шизофренией и маниакально-депрессивным психозом, что бывает

затруднительным, т.к. интоксикации могут играть роль провоцирующего фактора в манифесте эндогенных психозов. В этих случаях точный диагноз позволяет поставить длительное наблюдение. Нехарактерная эволюция, появление астенических, ипохондрических явлений, сенестопатий, церебрастенических, энцефалопатических или вегетативных расстройств свидетельствует в пользу интоксикационного генеза психоза.

### **Пострадиационные психические расстройства**

Клиническая картина психических нарушений определяется формой лучевой болезни – острой или хронической. Острая лучевая болезнь возникает при кратковременном воздействии ионизирующей радиации на значительные области тела. Причиной острой лучевой болезни могут быть как аварии, так и тотальное облучение организма с лечебной целью. Хроническая лучевая болезнь развивается в результате повторных облучений организма малыми дозами.

Классификация пострадиационных психических расстройств.

I. Психические нарушения при острой лучевой болезни.

1. Эректильная стадия (“лучевое опьянение”).
2. Торпидная (терминальная) стадия.
3. Острый лучевой психоз (делирий, аменция).

II. Психические нарушения при хронической лучевой болезни.

1. Неврозоподобные (неврастенический, обсессивно-фобический, ипохондрический, депрессивный синдромы).
2. Дефектно-органические (психоорганический синдром).

III. Психические нарушения при пострадиационной энцефалопатии.

1. Неврозоподобные.
2. Психопатоподобные.
3. Дефектно-органические (психоорганический синдром, лакунарная деменция).

IV. Стрессовые пострадиационные психические расстройства.

Наиболее чувствительные к ионизирующему излучению являются кроветворные органы и нервная система. При патологоанатомическом исследовании в коре мозга обнаруживают мелкоочаговые дефекты клеток и диффузные изменения в клеточных структурах.

В острой стадии болезни развивается отек мозга с кровоизлияниями в его вещество, узелковая гиперплазия глии, перичеллюлярный отек вокруг пирамидных клеток коры, вакуолизация и хроматоз ядер.

При воздействии 8 – 10 тыс. Р развивается острейшая лучевая болезнь, нарушение сознания, в начале оглушенность, затем сопор и кома. На протяжении первых часов после облучения наступает смерть.

Воздействие 1 – 5 тыс. Р вызывает глубокую астению, слабость, безразличие, безынициативность. В ряде случаев возникает мусситирующий делирий, когда больные дезориентированны, недоступны продуктивному контакту, речь бормочущая, из которой можно догадаться, что больные испытывают зрительные галлюцинации, страх. Резкого двигательного возбуждения не наблюдается. У некоторых больных развивается аментивный синдром с полной дезориентировкой, недостаточностью контакта, аффектом недоумения, бессвязностью мышления и бессмысленным возбуждением в пределах кровати. Вслед за аменцией нарушение сознания углубляется нередко до комы. В этих случаях смерть наступает в течении 5 – 10 суток после облучения.

Облучение от 100 – до 1000 Р не приводит к летальному исходу.

В начальном периоде у облученных развиваются нерезко выраженное речедвигательное возбуждение, у некоторых оглушенность и кома. При восстановлении сознания больные жалуются на резкую слабость, сонливость, безразличие. На этом фоне развиваются аффективные нарушения в виде приступов тоскливо-злобного или радостного настроения. Появляются единичные гипногические галлюцинации. У

некоторых больных развивается апатический ступор. В отдаленном периоде острой лучевой болезни может сформироваться психоорганический синдром с нарушением памяти, внимания, сообразительности, сопровождающийся эмоциональной лабильностью.

В начальной стадии хронической лучевой болезни преимущественно развиваются различные неврозоподобные состояния на фоне астении волнообразного характера, усиление которой происходит по мере воздействия облучения. Больные жалуются на резкую физическую и психологическую истощенность, снижение работоспособности. Появляются гиперестезии к яркому свету, громким звукам, тактильным раздражителям. Резко нарушается сон. Мучительными становится процесс засыпания, сон не глубокий, тревожный, не сопровождающийся чувством отдыха по утрам, а днем пациенты сонливы. Больные становятся эмоционально ранимыми, обидчивыми, лабильными. Нередко приступообразно возникают вегето-сосудистые расстройства. В начальной стадии хронической лучевой болезни на фоне астении развиваются неврастенический, obsessивно-фобический, ипохондрический, депрессивный состояния.

При неврастеническом синдроме больные становятся раздражительными, несдержанными, у них нередко наблюдается аффективные вспышки, после которых наступает чувство раскаяния.

Obsessивно-фобический синдром характеризуется навязчивыми мыслями и желаниями (obsessиями), а так же навязчивыми страхами (фобиями), к которым больные имеют критическое отношение и с которыми они стараются бороться. Изнурительная борьба с навязчивостями еще более усиливает явления астении.

При депрессивном синдроме преобладает тоскливое настроение с тревогой, снижение интересов к работе, развлечениям. Больные с ипохондрическим синдромом придают большое значение различным неприятным ощущениям во внутренних органах, фиксируя своё внимание на самочувствии, здоровье, часто обращаются к врачам с множественными жалобами.

В процессе болезни описанные нарушения усугубляются и постепенно нарастает дефектно-органическая симптоматика. У больных снижается память, особенно фиксационная, им трудно сосредоточить внимание, трудно не только запомнить но и понять новую информацию, трудно решать нестандартные задачи (бытовые и профессиональные). Происходит изменение эмоционально-волевых качеств: одни становятся взрывчатыми, грубыми, брутальными, другие – неадекватно вежливыми и беззаботными, третьи – безразличными. В отдаленном периоде хронической лучевой болезни в результате хронической недостаточности церебрального кровообращения развиваются пострadiационные энцефалопатии. Основными базовым нарушением в этом периоде является астения с органическими признаками и тревога. На фоне астении формируются стойкие неврозоподобные расстройства (аналогично описанным выше), приводящие к психической дезадаптации. Наиболее частыми являются астено-депрессивные и астено-ипохондрические состояния. У ряда больных происходит заострение черт характера и формирование психопатоподобных синдромов, чаще по возбудимому, истерическому, психастеническому типу. Эти характерологические нарушения нередко приводят к социальной дезадаптации. В различных конфликтных ситуациях эти больные часто используют незрелые, примитивные механизмы психологической защиты, что приводит часто к различного рода конфликтам. Эти конфликты нередко встречаются при экспертной оценке состояния больных, когда обилие субъективных жалоб не соответствует объективным показателям. При грубых органических поражениях формируются астенический вариант психоорганического синдрома, а так же лакунарная деменция. При лакунарной деменции у больных не исчезает возможность критически оценить свой интеллектуальный дефект. Кроме того, у них не исчезают их индивидуальные личные особенности.

В клинической картине пострadiационных психических расстройств значительное место занимают стрессовые пострadiационные расстройства. Острые психогенные

расстройства возникают редко. Переживание людей, бывших свидетелями катастроф, сопровождающихся радиоактивными излучениями и не подвергшихся его воздействию, не проходят бесследно. Иногда спустя даже несколько лет формируются различные пограничные болезненные состояния, приводящие к психической дезадаптации. Эти состояния называются посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР). Они обычно возникают у большого числа людей после пережитой ими жизнеопасной ситуации, последствия которой продолжают оставаться психогенными длительное время. В такой ситуации находятся жители “загрязненных” радиационными выбросами территорий, длительное проживание на них является по существу хронической психической травмой. Появляются разнообразные неврастенические, психосоматические расстройства и патохарактерологическое развитие личности. Динамика, компенсация и декомпенсация пограничных психических расстройств зависит от решения социальных проблем, в которых оказались пострадавшие. Больные жалуются на наплывы воспоминаний о жизненных ситуациях. У них появляется неуверенность, приводящая к стремлению избегать эмоциональные нагрузки. Происходит снижение инициативности, у некоторых появляются эпизоды антисоциального поведения.

### **Психические нарушения при опухолях головного мозга**

В литературе приводятся различные данные о частоте психических нарушений при опухолях головного мозга. Считается, что частота психических нарушений зависит от расположения опухоли: 100 % – при опухолях мозолистого тела, 79% – при лобных опухолях, 52,1–66,6% – при опухолях гипофиза, височных, теменных и затылочных долей и 35,5% – при опухолях мозжечка 25% – при опухолях мозгового ствола. Такие различия обусловлены как особенностями опухолевого процесса, так и тщательностью психопатологического, неврологического, нейропсихологического обследования. Мозговые опухоли на вскрытиях в психиатрических больницах обнаруживаются в 3–4% случаев, причем у многих умерших опухоли при жизни не были диагностированы.

Частота психических нарушений при опухолях головного мозга увеличивается с возрастом: если в возрасте до 20 лет психические нарушения наблюдались в 45%, то свыше 60 лет – в 88% случаев. В позднем возрасте при опухолях головного мозга преобладают острые (транзиторные и пароксизмальные) психотические состояния.

Процент выявленных больных с опухолями головного мозга от общего числа обследованных составляет не более 0,25 (примерно треть больных с доброкачественными опухолями), и при своевременном выявлении и оперативном вмешательстве можно надеяться на благоприятный прогноз.

Психические нарушения встречаются при всех опухолях мозга, но далеко не всегда они достаточно четко и своевременно оцениваются как проявление опухолевого процесса.

Причиной психических нарушений при опухолях мозга является сам опухолевый процесс, повреждающий мозг. В формировании психических нарушений играют роль факторы, обусловленные самой опухолью: ее локализация, гистобиологическая природа, особенности темпа роста, отек и набухание мозга, нарушения крове – и ликвородинамики, повышение внутричерепного давления, давлением и смещением отдельных участков мозга, разрушением ткани мозга в месте развития опухоли, реактивным отеком и набуханием ткани головного мозга. Каждый из указанных факторов может быть источником то разлитых, охватывающих всю сложную мозговую мозаику, то более очерченных нарушений нейродинамики, составляющих непосредственный субстрат симптомов. Немаловажное значение таких факторов, как состояние организма больного, его возраст, перенесенные ранее травмы и инфекции, эндокринные сдвиги конституциональные особенности личности, соматические заболевания и др.

Опухоли по локализации делятся на супратенториальные (больших полушарий) и субтенториальные (задней черепной ямки), а также на немозговые (экстрацеребральные) и внутримозговые (интрацеребральные), выделяются также еще внутрижелудочковые

опухоли.

Среди опухолей больших полушарий около 75% – внутримозговые и 25% – внемозговые (оболочечно-сосудистые)

Психические расстройства при опухолях мозга относятся к группе экзогенно-органических нарушений. Наиболее рано возникающим симптомом является головная боль, она бывает связана с повышением внутричерепного давления и носит разлитой распирающий характер. Выраженность этих расстройств зависит от размеров опухоли и ликвородинамических нарушений. Головные боли, наблюдающиеся в ночное и утреннее время, связывают с венозным застоем в полости черепа и усилением внутричерепного давления. С повышением внутричерепного давления связаны рвота и брадикардия, которые возникают ночью или рано утром. Рвота обычно возникает внезапно и не связана с диспепсическими явлениями или приемом пищи.

Наиболее частым из психических нарушений при опухолях является нарушение сознания от неглубоких состояний оглушения (обнубияций) до выраженной оглушенности, сопора и комы, которые связаны с нарастающим внутричерепным давлением и становятся отчетливыми при достижении его определенной степени. При оглушении наблюдается снижение активного внимания, в дальнейшем нарушается и пассивное, внимание больного привлекается только громкими раздражителями. Больные вялы, апатичны, безучастны к происходящему. Все психические процессы обеднены, затруднены и замедлены. На фоне оглушенности развиваются другие состояния нарушенного сознания (делириозные, сумеречные), а также острые психотические состояния по типу экзогенных. При опухолях могут наблюдаться так называемые особые состояния сознания, возникающие пароксизмально с типичной органической симптоматикой: искаженные пространственные восприятия, метаморфопсии, аутометаморфопсии (расстройства схемы тела), вестибулярные и деперсонализационные расстройства.

Существует определенная связь психотических состояний с локализацией опухолей. Так, например, делириозные и сновидные состояния чаще наблюдаются при опухолях височной доли, сумеречные состояния – при опухолях мозгового ствола.

Психоорганические расстройства отмечаются при различной локализации опухолей. Выраженность этих расстройств зависит от темпа роста опухоли, давности заболевания и возраста больных. У 25% больных наблюдается клиническая картина Корсаковского синдрома, который развивается постепенно и прогрессирует. В мыслительной деятельности нарушения проявляются в сужении и обеднении ассоциативных процессов, утрате четкости понятий и представлений, снижении уровня суждений. Аффективная лабильность, имеющаяся на первых этапах развития опухоли, сменяется эмоциональным обеднением. В ряде случаев развивается слабоумие с веселым возбуждением – морией.

При опухолях возможны приступообразные галлюцинаторные расстройства – рудиментарные галлюцинации, галлюцинозы, которые имеют значение для топической диагностики опухолей. Неприятные вкусовые, обонятельные (гарь, гниль, дым и др.) галлюцинации и устрашающие зрительные пароксизмально возникающие самостоятельно или как аура перед припадком являются признаком височных опухолей.

Эпилептические расстройства (припадки, абсансы, сумеречные состояния сознания) относятся к частым симптомам опухолей головного мозга. Ограниченные (джексоновские) припадки чаще наблюдаются при локализации опухолей в области центральных извилин. Описаны типичные дисфорические состояния при опухолях, склонность к экстатическим переживаниям, эпилептоидные изменения личности, поведения и мышления.

По мере нарастания оглушенности больной, предоставленный самому себе, большую часть времени проводит в полудремотном состоянии и может быть выведен из него только настойчивым обращением, но, оставленный в покое, снова погружается в полудрему. Оглушенность, нарастая, переходит в сопорозное состояние. Параллельно с

нарастанием оглушенности развиваются нарушения памяти и ориентировки. Больные не помнят или с трудом вспоминают, какую пищу принимали накануне, не могут вспомнить события последнего времени, имена своих близких, детали, адреса, рассказать историю своей болезни. Они плохо ориентируются в месте и времени, часто уверяют, что в больнице находятся 2–3 дня или что они дома, а не в больнице и т. д. Страдает и аффективная сфера: больные становятся раздражительными, легковозбудимыми, легкомысленными, дурашливыми или агрессивными, но чаще бывают вялыми, апатичными, безразличными, постепенно утрачивают интерес к событиям и окружающему, делаются безучастными к делам, дому, семье. Утрачивается способность к суждениям, отвлеченному и комбинированному мышлению. Ответы становятся односложными, суждения и поступки – немотивированными.

У больных появляется не обоснованная ни их положением, ни окружающей действительностью склонность к шутливости и нелепым замечаниям. Недооценка больными всей серьезности своего положения бывает очень выраженной. Так, один больной с глиомой лобно-височной области, с резким ослаблением зрения, упорными рвотами, головными болями и гемипарезом настойчиво требовал выписки, уверяя, что он совершенно здоров и может работать, хотя из-за гемипареза и общего тяжелого состояния утратил способность к самостоятельному передвижению. Нередки и многообразны обманы чувств: зрительные, слуховые, вкусовые галлюцинации и нарушения схемы тела (анозотопогнозии).

Галлюцинации наблюдаются примерно у 10–12% всех больных с опухолевыми заболеваниями мозга. Чаще они носят неприятный характер: больные ощущают запахи дыма, гари, лекарств, трупа и т.д., видят животных, нередко фантастических, готовых напасть, странные фигуры людей, слышат погребальные или грустные напевы, писк ребенка и др. Больные ощущают увеличение или уменьшение частей тела, изменение их положения, формы или полное отделение от тела.

Галлюцинации, особенно зрительные и анозотопогнозии, могут приобретать значительную выраженность и быть источником тяжелых переживаний. Одна больная с глиомой правой височной области видела скелет, покрытый саваном, с косой в руках и испытывала при этом животный страх. У другой больной с туберкуломой теменной доли было ощущение винтообразного скручивания конечностей, при этом она с выражением ужаса на лице умоляла окружающих держать ее ноги. Галлюцинации могут возникать как изолированно, так и в различных комбинациях. Наиболее сложные галлюцинации наблюдаются при опухолях височной доли. У таких больных одновременно возникают обонятельные, слуховые и зрительные галлюцинации.

В связи с описанными психическими нарушениями изменяются и поведение больного, и его взаимоотношения с окружающими. Эти начальные расстройства иногда напоминают другие психические заболевания: Корсаковский, псевдопаралитический синдромы, маниакально-депрессивный психоз и др. Страдающие опухолями головного мозга чаще умирают в психиатрических больницах, чем в лечебных учреждениях иного профиля.

При опухолях лобной доли развивается органический психосиндром с изменением личности, побуждений, настроений, нарушением внимания, способности к критической оценке и логическим выводам.

При локализации опухоли в лобно-височной области на фоне психоорганического синдрома появляются различные виды помрачения сознания, параноидный синдром.

Поражение базальной части лобной доли проявляется дезинтеграцией психической деятельности, слабостью побуждений, нарушением речи, атаксией. У некоторых больных появляется расторможенность. При опухолях теменной области наблюдаются нарушения восприятия собственного тела (расстройства сенсорного синтеза, схемы тела), когда больные жалуются, что руки или ноги стали непомерно большими, голова увеличивается, шея перекручивается.

При опухолях центральной области рано появляются судорожные припадки, а также

агностические, апрактические и афатические нарушения. Нередко начальными проявлениями клиники опухолей височной области являются пароксизмальные галлюцинации, чаще обонятельные и вкусовые, а также зрительные и вкусовые иллюзии, явления деперсонализации, нарушения восприятия времени и схемы тела.

При опухолях затылочной доли мозга кризы внутричерепного давления часто маскируют локальный мозговой синдром. Наиболее характерные симптомы гомонимные гемиакопии – нарушения цветоощущения, элементарные зрительные галлюцинации, пароксизмальные фотопсии. У больных с опухолями мозжечка появляются сильные головные боли в лобной области, с ощущением, что голова разрывается.

При медленно растущих гемангиомах ствола мозга постепенно нарастает нарушение побуждений и аффективности, появляется негрубая расторможенность и беспокойство. Раньше других симптомов возникают нарушения сознания, мнестических функций.

При базальных опухолях мезо-диэнцефальной области часто развивается Корсаковский синдром. У этих больных очаговые симптомы не сопровождаются нарушением сознания. Для них характерны длительные периоды летаргического сна, сочетающиеся с эмоциональной тупостью и затруднением процессов мышления. Больных удается разбудить, но они быстро засыпают вновь.

Больные с опухолями в области турецкого седла отличаются отсутствием активности, равнодушием, бедностью побуждений, снижением аппетита, ослаблением полового влечения. Эта симптоматика иногда ошибочно трактуется, как депрессивная.

При опухолях третьего желудочка значительно быстрее, чем при опухолях другой локализации наступает закупорка ликворовыводящих путей. Это вызывает приступы повышенного внутричерепного давления – желудочковые атаки. Параллельно развивается органический психосиндром с нарушением памяти, быстро переходящий в деменцию.

**У детей с психопатологическими проявлениями опухолей** наблюдается сочетание органических нарушений, обусловленных опухолевым процессом с типичными для этапов созревания психики особенностями. Симптомы опухолей мозга в детском возрасте менее выражены: наряду с утренней рвотой часто внезапно возникают головные боли, приступы судорог. У одних детей наблюдается недетское поведение, у других – апатия с дурашливостью. При медленно нарастающих расстройствах обнаруживаются изменения в поведении: раздражительность, конфликты в школе, школьная дезадаптация с постепенным нарастанием утраты интереса к играм, апатии и органического слабоумия.

Психопатологические симптомы нередко бывают первыми симптомами опухоли мозга. Они длительное время остаются единственными на протяжении даже нескольких месяцев до появления неврологических признаков. Чаще всего вначале появляются ощущения страха, подавленности, угнетенности, что нередко трактуется как реакция на перегрузку или психогенное воздействие. В последующем происходит прогрессирующее выпадение церебральных функций.

Прогноз заболевания зависит от гистобиологии опухоли, фазы клинического течения к моменту оперативного вмешательства, локализации опухоли, особенностей хирургического вмешательства, возраста, состояния сердечно-сосудистой системы, внутренних органов больного. Наиболее благоприятный прогноз при радикальном удалении опухоли и проведении операции в стадии субкомпенсации. У части больных после радикальных операций, даже если они сопровождались резекцией части мозга, полностью восстанавливаются все психические функции. При резекции лобных долей или одного из полушарий возможно формирование психоорганического синдрома, даже если его не было до операции, а также изменения личности.

Диагноз опухолей головного мозга может быть результатом комплексного психопатологического, неврологического и общесоматического исследования. Однако, при жизни диагноз опухолей головного мозга далеко не всегда устанавливается, в 2/3 случаев они остаются нераспознанными. Такие больные в течении нескольких лет находятся под наблюдением психиатров с диагнозами: сосудистые психозы, сенильная

деменция, алкогольная эпилепсия, шизофрения.

Дифференцировать опухоли мозга с другими органическими поражениями головного мозга позволяет анализ продолжительности процесса, в ходе которого развивается дефект, темпа нарастания психических расстройств, наличия эпизодов нарушенного сознания и пароксизмальных состояний, выявление очаговой неврологической симптоматики, данные компьютерной томографии, ЯМР. В отдельных случаях возникают трудности при отграничении психических нарушений при опухолях от шизофрении. Однако, шизофреноподобные симптомы при опухолях (галлюцинаторно-бредовые, кататонические, гебефренические) не отличаются характерной для шизофрении цельностью и динамикой и обычно развиваются на фоне нарушенного сознания. Кроме того, при опухолях головного мозга нет характерных для шизофрении нарушений ассоциативного процесса, психических автоматизмов.

### **Психические нарушения при соматических и эндокринных заболеваниях**

У больных с различными соматическими заболеваниями развивается нарушения в психической деятельности, которые часто остаются незамеченными.

Психическое состояние больного значительно влияет на исход лечения, осложняя и замедляя процесс выздоровления от соматического заболевания. Об этом говорят данные исследования, в ходе которого на основании изучения 1630 случаев в больнице общего профиля было установлено, что семь месяцев спустя результаты лечения оказались значительно хуже у больных с наиболее выраженной психопатологической симптоматикой на фоне основного заболевания (Querido, 1959).

При рассмотрении связей между соматическим заболеванием и психическим расстройством целесообразно различать следующие их типы: 1) Психические расстройства вследствие соматического заболевания. 2) Психологическая реакция на факт соматического заболевания, психогенные расстройства. 3) Психологические факторы как причина соматического заболевания. 4) Психические расстройства, проявляющиеся соматическими симптомами. 5) Психическое расстройство и соматическое заболевание, случайно совпавшие по времени. 6) Соматические осложнения психических нарушений: а) намеренное самоповреждение; б) злоупотребление алкоголем и некоторыми другими веществами; в) расстройства приема пищи.

Первый тип – это психические нарушения, обусловленные непосредственно соматическим фактором, которые относятся к большому разделу экзогенно-органических психических расстройств. Не меньшее место в клинике психических нарушений при соматических заболеваниях занимают психогенные нарушения (реакция на болезнь с ограничением жизнедеятельности человека и возможными другими опасными последствиями, например, суицидальными действиями). Определенные виды соматических заболеваний сопряжены с повышенной вероятностью развития серьезных последствий со стороны психики. К ним относятся заболевания, представляющие угрозу для жизни либо требующие длительного и неприятного лечения, такого как лучевая терапия, гемодиализ, или калечащей операции, например мастэктомии. Особенно тяжело отражаются на психическом состоянии те соматические заболевания, воздействие которых затрагивает органы и системы, имеющие чрезвычайно важное значение для данного лица; например, для музыканта артрит, поражающий суставы рук и лишаящий его возможности заниматься любимым делом, может стать причиной глубокой жизненной трагедии.

Психические нарушения, связанные с соматическим заболеванием, широко распространены. Например, у 44% больных с послеоперационными осложнениями наблюдаются психические нарушения. В терапевтических отделениях больниц, как показали обследования, более чем у четверти пациентов имеются психические нарушения, частота и характер которых зависят от возраста и пола больных и от профиля отделения

В литературе описаны критерии диагностики соматически обусловленных психозов: а)

наличие соматического заболевания, причинно обуславливающего психические расстройства; б) временная связь между развитием основного заболевания и психическими нарушениями; в) редукция психического расстройства с выздоровлением от основного заболевания или со значительным его облегчением; г) отсутствие данных о других причинах психического расстройства.

Клиническая картина соматогенных расстройств зависит от характера основного заболевания, степени его тяжести, этапа течения, уровня эффективности терапевтических воздействий, а также от таких индивидуальных свойств заболевшего, как наследственность, конституция, преморбидный склад личности, возраст, иногда пол, реактивность организма, наличие предшествующих вредностей. Так, аффективные расстройства чаще встречаются среди более молодых женщин, в то время как органические психические расстройства особенно распространены среди пожилых, а проблемы, связанные с алкоголизмом, – безусловно среди более молодых мужчин.

Клинические проявления могут выражаться различными синдромами. В то же время есть ряд патологических состояний, особенно характерных в настоящее время для соматогенных психических расстройств. Это следующие расстройства: 1) астенические; 2) неврозоподобные; 3) аффективные; 4) психопатоподобные; 5) бредовые состояния; 6) состояния помрачения сознания (делирий); 7) психоорганический синдром, деменция.

В МКБ-10 эти состояния квалифицируются в разделе F06 как “психических расстройств вследствие соматической болезни”.

#### Особенности психических нарушений при различных соматических заболеваниях.

Гипертоническая болезнь. В начальной стадии гипертонической болезни большинство больных еще адекватно оценивают свое состояние здоровья, правильно воспринимают рекомендации и назначения врача. Часть больных с тревожно-подозрительными чертами повышение артериального давления воспринимает как трагедию, катастрофу. Настроение у таких больных понижено, внимание фиксируется на ощущениях, круг интересов сужается, ограничивается болезнью. У другой группы больных диагноз гипертонической болезни не вызывает никакой реакции, они игнорируют заболевание, отказываются от лечения. Такое отношение к болезни наблюдается преимущественно у людей, которые злоупотребляют алкоголем. Больные, которые длительное время страдают гипертонией, могут привыкнуть к ней и не обращать внимания на серьезность заболевания, на необходимость лечения.

Прогрессируя, болезнь может вызывать нарастание четкого астенического симптомокомплекса, что предворает органическим изменениям психической деятельности, которая проявляется в нарушении памяти, колебаниях настроения, слабодушии, утомляемости. Больные становятся легко уязвимыми, появляется ипохондрическая фиксация внимания на разных ощущениях.

Жалобы на головную боль, головокружение и усталость характерны для гипертоников, знающих о своем заболевании, но гораздо реже предъявляются теми, кто страдает той же болезнью, не подозревая об этом. Однако осведомленность о своем заболевании отнюдь не обязательно приводит к подобным последствиям. Все еще нет окончательной определенности в вопросе о том, какое лечение является оптимальным для больных, страдающих гипертонией в легкой форме. Такие пациенты, как правило, неохотно соглашаются на лекарственную терапию. К тому же некоторые гипотензивные средства, особенно резерпин, бета-блокаторы и клонидин (клофелин), могут вызывать депрессию. Все это побуждает предпочесть лекарствам использование психологических методов. Наиболее эффективен, по-видимому, подход, построенный на сочетании медитации и релаксации, практикуемых в домашних условиях. Больному гипертонической болезнью следует объяснить причину его состояния, сказать, что расстройства нервной системы у него функционального характера, что они обратимы и при соответствующем систематическом лечении нарушенная функция будет восстановлена.

Кардиофобия. Одним из психовегетативных синдромов, является кардиофобия.

Дискомфорт и непривычные ощущения в левой половине грудной клетки, которые возникают сначала в условиях психотравмирующей ситуации или даже при ее отсутствии после длительной астенизации, обуславливают нарастающую тревогу и настороженность больных, фиксацию на деятельности сердца, нарастающую уверенность в наличии у них серьезного сердечного заболевания и страх смерти. Поначалу неопределенная обеспокоенность, нарастающее аффективное напряжение, тревожность, подозрительность, страхи, конституциональные, а также приобретенные особенности личности становятся основой для развития острого кардиофобического приступа. Нестерпимый, витальный страх, который испытывают больные в связи с сердечно-сосудистыми нарушениями, нельзя сравнить с обычными человеческими ощущениями и переживаниями ни по их интенсивности, ни по их характеру. Ощущение близкой смерти становится для больного единственной существующей реальностью. И тот очевидный факт, что десятки уже перенесенных им ранее подобных сердечных приступов не привели ни к инфаркту, ни к сердечной недостаточности, не имеет для него почти никакого значения. Поскольку давно известно, что страшно не умереть – страшно умирать, судьба этих больных, которые “умирают” неоднократно, действительно трагична. Ощущая страх за своё сердце и между приступами, такие больные постоянно подсчитывают у себя пульс, старательно анализируют любые изменения сердечной деятельности. С эгоцентрическим педантизмом они подчиняют постоянной борьбе за поддержку своего сердца не только всю свою жизнь, но и жизнь окружающих.

Здесь особое значение приобретает рациональная психотерапия, переубеждение. От их правильного применения врачами отдельных случаях зависит жизнь больного.

#### Пороки сердца

##### Психические нарушения при заболеваниях органов дыхания

Одышка, вызываемая многими респираторными и сердечными расстройствами, может усугубляться под влиянием психологических факторов. В некоторых случаях одышка имеет чисто психологическое происхождение: характерным примером является гипервентиляция, связанная с тревожным расстройством.

Астма. Такие эмоции, как гнев, страх и возбуждение, могут провоцировать и усугублять отдельные приступы у больных с установившейся астмой. Среди детей, страдавших тяжелой астмой и умерших от этого заболевания, чаще встречались хронические психологические и семейные проблемы, чем среди остальных детей с тяжелой астмой. Психическая заболеваемость среди больных астмой детей ненамного выше, чем среди детского населения в целом. Однако если у таких детей возникают психологические проблемы, то лечение, как правило, существенно осложняется.

Предпринимались попытки лечить астму с помощью психотерапии и поведенческой терапии, но нет убедительных данных, которые свидетельствовали бы о том, что эти методы более эффективны, чем простой совет и поддержка (Stephoe 1984). Индивидуальная и семейная психотерапия может принести пользу при лечении больных астмой детей.

Хронический бронхит. Хроническое заболевание, связанное с нарушением проходимости дыхательных путей, в значительной мере ухудшает качество жизни и часто сопровождается тревогой и депрессией. Оно также вызывает гипоксемию, которая может привести к нарушению когнитивных процессов. Иногда больные жалуются на одышку, несоразмерную степени тяжести соматического заболевания; в подобных случаях нередко оказывается эффективным психологическое воздействие. В повседневной клинической практике, дыхательные и общеукрепляющие упражнения в комплексе с социальной поддержкой способствуют улучшению морального психологического состояния больного и прогрессу в восстановлении его трудоспособности. В настоящее время все более широко внедряются программы реабилитации для этих пациентов, предусматривающие физическую тренировку и применение методов поведенческой терапии.

Муковисцидоз. В прошлом при муковисцидозе прогноз в отношении жизни был очень

неблагоприятным, поэтому такой диагноз неизбежно оказывал тяжелое психологическое воздействие на больного ребенка и его семью. При современных методах лечения прогноз значительно улучшился, и ныне частота эмоциональных расстройств и поведенческих проблем у детей с данным заболеванием не выше, чем у страдающих другими хроническими соматическими болезнями. Взрослые с муковисцидозом вынуждены психологически адаптироваться к многочисленным ограничениям, обусловленным болезнью, в том числе к хронической физической инвалидности, а также к осознанию того факта, что любой родившийся у них ребенок может оказаться пораженным той же наследственной болезнью, вероятность чего определяется как 1:40.

#### Психические нарушения у больных с патологией желудочно-кишечного тракта.

Язвенная болезнь. Людям, которые заболевают язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, свойственны определенные характерологические особенности. Среди них часто встречаются особы с бурными эмоциональными реакциями, с категоричностью суждений, прямолинейностью в оценке поступков окружающих. Другая категория больных не склонна к внешним проявлениям эмоций. Часто встречаются хмурые, всем недовольные, недоверчивые люди. Сильные аффекты, длительно действующие отрицательные эмоции такие, как постоянный страх, большое горе, сильный испуг при перенапряжении и истощении корковой деятельности может привести к длительному спазму кровеносных сосудов стенки желудка, при пониженной сопротивляемости его слизистой оболочки к переваривающему действию гиперацидного желудочного сока приводят в конце концов к возникновению язвы. Дальнейшее развитие язвенной болезни зависит как от непрекращающегося действия указанных факторов, так и от возникновения болевых импульсов от интерорецепторов пораженного органа. Все больные язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки раздражительны, конфликтны. Среди психических нарушений у них встречаются депрессии различной степени выраженности (от легкой до апатической), фобии, истерические реакции. Психотерапия имеет большое влияние на течение заболевания и эффективность лечения.

#### Психические нарушения при заболеваниях почек.

Почечная недостаточность. При состояниях компенсации и субкомпенсации хронической почечной недостаточности наиболее типичен астенический синдром, являющийся обычно самым ранним и постоянным признаком заболевания. Особенность астении состоит чаще всего в сочетании выраженной гиперестезии, раздражительной слабости со стойкими нарушениями сна. Характерно наличие дисфорического оттенка настроения, а также невыраженность вегетативных расстройств. Характерны и периодически возникающие нарушения схемы тела. Эти расстройства, так же как возникновение сумеречных помрачений сознания или отчетливых приступов дисфории, свидетельствуют уже о нарастании органического психосиндрома (энцефалопатии). Повышение интоксикации обычно сопровождается характерными нарушениями сна, с сонливостью днем и упорной бессонницей ночью, кошмарными, часто одного и того же сюжета сновидениями с последующим присоединением гипнагогических галлюцинаций. Острые психозы в виде атипичных делириозных, делириозно-нейроидных, делириозно-аментивных состояний возникают при относительно неглубокой декомпенсации. В позднем периоде уремии почти постоянным становится состояние оглушения.

Хроническая почечная недостаточность приводит к развитию диффузного энцефалопатического процесса.

#### Психические нарушения при заболеваниях печени.

Гепатоцеребральная дистрофия. (болезнь Вильсона-Коновалова, гепатолентикулярная дегенерация, лентикулярная прогрессирующая дегенерация). Начальными проявлениями бывает эмоционально-гиперестетическая слабость с истощаемостью и сужением круга интересов, далее присоединяется психопатоподобная симптоматика с возбудимостью, агрессивностью, расстройством влечений в склонности к бродяжничеству и воровству. Появляется лживость, иногда дурашливость, могут выявляться выраженные депрессивные

состояния, возможны депрессивно-параноидные и галлюцинаторно-параноидные расстройства, среди бредовых психозов преобладают идеи преследования. Характерно нарастание слабоумия со все более выраженными интеллектуально-мнестическими расстройствами и снижением критики, эпилептиформные припадки. В терминальном периоде все более выраженной становится астения, достигающая нередко до степени апатического ступора, возникают различные варианты помрачения сознания. Характерны так называемый тихий делирий, делириозно-аментивное состояние. Нередко летальному исходу непосредственно предшествует мусситированный делирий, переходящий в протрагированную кому. Выраженные психозы встречаются нечасто, среди них преобладают депрессивно-параноидные состояния, иногда напоминающие бред Котара, параноидные синдромы, обычно выраженные неярко, сопровождаются тревожным возбуждением и быстрой истощаемостью, возможен Корсаковский синдром.

#### Психические нарушения при сосудистых заболеваниях

Высокая распространенность сосудистых заболеваний мозга, особенно возрастающая у людей среднего и пожилого возраста, определяет актуальность изучения врачами общей практики психических нарушений, возможных при данной патологии.

Сосудистые заболевания головного мозга составляют от 30% до 50% всех заболеваний сердечно-сосудистой системы. У лиц, обращающихся в общую поликлинику, среди всех случаев выявления психической патологии у пациентов старше 60 лет нарушения сосудистого генеза составляют 28,1%, а после 74 лет – около 40%. Сосудистая деменция среди лиц в возрасте 65 лет и старше встречается в 4,5%.

Гипертоническая болезнь см. выше уже есть – одно из самых распространенных заболеваний, с которым встречаются врачи многих специальностей, и относится к числу наиболее актуальных проблем современной медицины.

Хронические либо преходящие гипотонические состояния практически всегда приводят к изменениям самочувствия, но относительно редко становятся предметом внимания врача. Гипотонические состояния очень распространены, истинную их частоту установить практически невозможно в связи с редкой обращаемостью к врачу с таким расстройством.

В МКБ-10 психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга отнесены к рубрике “Органические, включая симптоматические, психические расстройства” F00-F09. Ведущий синдром кодируется соответствующим третьим знаком. Все заболевания, сопровождающиеся изменениями сосудов головного мозга, могут вызывать сходные психопатологические проявления. Клинические проявления психических нарушений при сосудистых заболеваниях головного мозга имеют ряд особенностей в связи со сложностью их патогенеза. Для этих заболеваний характерны все черты соматогенных психических расстройств, а также особенности, обусловленные нарушениями кровоснабжения непосредственно головного мозга.

Классификация психических нарушений при сосудистых заболеваниях головного мозга

1. Неврозоподобные синдромы
2. Психопатоподобные синдромы
3. Дефектно-органические состояния
  - 3.1. Психоорганический синдром
  - 3.2. Деменция
  - 3.3. Корсаковский синдром
4. Психозы
5. Острые сосудистые психозы
6. Эндоформные сосудистые психозы

Неврозоподобные состояния. Клиническая картина начальных проявлений церебрального атеросклероза характеризуется медленно нарастающей неврозоподобной

симптоматикой в виде раздражительности, снижения концентрации внимания, повышенной утомляемости, снижения работоспособности. Эти явления сопровождаются другими признаками начальных проявлений хронической недостаточности кровообращения головного мозга – головные боли, головокружение, шум в ушах. Характерные нарушения сна проявляются в затруднениях засыпания, частых просыпаниях ночью, отсутствии чувства отдыха после сна и нередко дневной сонливостью. У многих больных отмечается выраженная метеочувствительность.

Первые проявления психических нарушений при ГБ определяются в рамках астенических, неврастенических нарушений. Развитие хронического утомления, астенизации у гипертоников позволяют говорить о повышении “физиологической стоимости работы”, которая отражает мобилизацию всех систем организма для поддержания гомеостаза в условиях напряжения. У больных ГБ, имеющих гиперсимпатотонус, наилучшая работоспособность и психическое состояние отмечается на высоте симпатической активации, но высокая физиологическая цена этих состояний через непродолжительное время приводит к более выраженной и длительной астенизации и другим психическим изменениям и нарушениям.

Клинические проявления при гипотонии ограничиваются невротоподобной симптоматикой преимущественно астенического характера. Больные жалуются на головные боли, головокружения, появляющиеся обычно при резком переходе из горизонтального положения в вертикальное, шум в ушах, вялость, повышенную утомляемость. Самочувствие больных хуже утром, но и в течение дня могут возникать гипотонические кризы, сопровождающиеся головокружениями, резкой слабостью, вазомоторными нарушениями, иногда обморочные состояния.

Невротоподобная симптоматика у больных с нарушениями церебрального кровообращения проявляется жалобами на раздражительность, головные боли, плохой сон, повышенную утомляемость и вялость, снижение работоспособности, они становятся рассеянными, мнительными, слабодушными и плаксивыми, очень обидчивыми. У одних при этом преобладает астенический синдром, у других – раздражительность и вспыльчивость. Нередко возникают и разного рода навязчивые состояния: навязчивый счет, навязчивые воспоминания и сомнения и особенно мучительные для больных навязчивые страхи. Больные страдают от кардиофобии, испытывают навязчивый страх смерти, страх высоты, движущегося транспорта, большой толпы и т. д.

## **ШИЗОФРЕНИЯ, ШИЗОТИПИЧЕСКИЕ И БРЕДОВЫЕ РАССТРОЙСТВА**

**Шизофрения** - одно из наиболее распространенных психических расстройств, характеризующееся сочетанием продуктивной (галлюцинаторно-бредовой, кататонно-гебефренной, аффективной и др.) и негативной (апатия, абулия, эмоциональная и социальная отгороженность и др.) симптоматики, поведенческих и когнитивных нарушений и приводящее к неблагоприятным социальным и экономическим последствиям.

Понятие шизофрении складывалось в психиатрии постепенно. Началом развития учения о шизофрении условно считают 1871 г. когда Геккер описал “дурашливое слабоумие” юношеского возраста, которое он назвал гебефренией и 1874 г, когда Кальбаум предложил понятие “кататонии” – психоза с напряжением мускулатуры, считая его отдельным заболеванием П.О. Бутковский описал у молодых людей заболевание, которое проявляется в “сумасбродстве” и “помешательстве”. В 1894 г. Е. Крепелин объединил уже известные формы – раннее слабоумие (Морель В., 1852 г.), гебефрению, кататонию и описанную им параноидную форму в одну нозологическую единицу, сохранив для всей группы название раннее слабоумие (*dementia praecox*). Крепелин исходил из общего для всех форм течения, исхода, считая последний неблагоприятным. По мнению многих исследователей термин “раннее слабоумие” выбран неудачно, т.к. заболевание не всегда начинается рано и не обязательно заканчивается слабоумием. В

1911 г. швейцарский психиатр Е. Блейлер предложил название “шизофрения”, которое наиболее удачно отображало суть заболевания – расщепление психики. Независимо от Крепелина, русский психиатр С.С. Корсаков описал заболевание, названное им дизноией, признаки которого имеют сходство с шизофренией, о чем свидетельствует само название. С.С. Корсаков в отличие от Е. Крепелина придавал определенное значение в течении и исходе заболевания не только патологической наследственности, а и внешним причинам. Позднее другой русский психиатр В. Х. Кандинский описал ряд симптомов шизофрении: психические автоматизмы, псевдогаллюцинации, такие же явления отметил француз Клерамбо (синдром Кандинского-Клерамбо).

Распространенность По данным Всемирной организации здравоохранения заболеваемость шизофренией составляет 17- 54 случая на 100.000 населения. Число новых случаев в год составляет 4,5 миллиона, при этом начало заболевания приходится, как правило, на молодой возраст, что нарушает общественную, профессиональную активность пациента, обуславливает значительное бремя на семью и общество

Этиология и патогенез. По современным представлениям шизофрения относится к группе болезней с наследственным предрасположением. Отмечается значительное накопление шизофрении и личностных аномалий в семьях больных шизофренией, а также высокая конкордантность (совпадение) в однойцовых близнецовых парах. Риск заболевания ребенка в случаях одного больного родителя составляет 16,4%, если больны оба родителя, то риск заболевания детей резко повышается, составляет 68,1%. Однако генетическая сущность, тип наследования до настоящего времени остаются до конца неясными. Считается, что роль наследственного фактора заключается в передаче особого предрасположения, которое при определенных условиях реализуется в болезненный процесс. Несомненную роль в манифестации заболевания играет влияние внешней среды – экзогенные факторы, а также общебиологические сдвиги в связи с соматическими заболеваниями, эндокринно-возрастными особенностями. Провоцирующими факторами могут быть какие-либо соматические заболевания и инфекционные, черепно-мозговые и психические травмы, вслед за которыми манифестирует заболевание. Наряду с провоцирующими факторами в этиологии шизофрении определенное значение имеет резидуально-органическая церебральная недостаточность, связанная с неблагоприятным течением беременности и родов, болезнями 1-го года жизни. Таким образом, шизофрения развивается вследствие взаимодействия генетических факторов и факторов окружающей среды. Однако, механизмы взаимодействия этих факторов, а также их относительная роль в происхождении и проявлении разных форм заболевания пока не выяснены.

Психогенные теории рассматривают шизофрению как особое развитие личности в результате раннего (детского) конфликта ребенка с матерью, неправильного отношения матери к ребенку (доминирующая гиперпротекция или эмоциональное отвержение). Указанные психогенные факторы являются способствующими, но не могут быть по нашему мнению причиной шизофрении. Таким образом, общепринятой теории патогенеза шизофрении, несмотря на многочисленные исследования в течении десятков лет, на сегодня не существует. На патогенез шизофрении в основном существует две точки зрения. Согласно первой, которую принимают большинство отечественных психиатров, при шизофрении первично заболевает головной мозг (по одним авторам – кора, по другим – подкорковые структуры). Вследствие этого нарушается регуляция всех процессов в организме, возникают нарушения обмена, эндокринных и других функций, которые образуют определенную интоксикацию, вторично действующую на мозговые клетки, нарушающие их функцию. Согласно второй точке зрения первичным является расстройство обмена веществ, внутренних и секреторных органов, а мозг страдает вторично, вследствие аутоинтоксикации.

Факторы провоцирующие шизофрению в подростковом возрасте (А.Е.Личко,1989):

✓ пубертатный период выступает, как преципитирующий фактор при манифестации шизофрении в детском возрасте

- ✓ лихорадочные состояния (неясные вирусные инфекции) провоцируют непрерывно-прогредиентную шизофрению
- ✓ прием больших доз алкоголя и дурманящих средств
- ✓ черепно-мозговая травма (легкая или средней степени тяжести) провоцирует шизоаффективный психоз
- ✓ социопсихологические факторы провоцируют манифестацию вялотекущей неврозоподобной и психопатоподобной шизофрении
- ✓ ломка жизненного стереотипа, изменение в родительской семье (утрата близкого человека, появление отчима, внезапная психическая травма – избиение, катастрофы, внезапный арест отца) провоцируют шизоаффективный психоз.

Для понимания патогенеза шизофрении очень важно установленное И.П. Павловым положение о том, что основу клинических проявлений этого заболевания составляют не столько морфологические, сколько нейродинамические, обратимые расстройства. И.П. Павлов предположил, что при шизофрении в коре головного мозга больных развивается неполное, неравномерное запредельное торможение, проявляющееся в фазовых состояниях: уравнивательной, парадоксальной и ультрапарадоксальной. С этой точки зрения становится понятным основной симптом шизофрении – расщепление, как проявление неадекватных (фазовых) реакций на различные биологические и физиологические раздражители, а также такой симптом, как галлюцинации (превалирование уравнивательной и парадоксальной фазы – Е.А. Попов), кататонические и онейроидные симптомы. Исходя из этого, можно объяснить целый ряд соматических проявлений болезни, например неадекватные реакции на биологические и физиологические раздражители. Таким образом, гипотеза И.П. Павлова и дальнейшее ее развитие в клинике (Н.П. Татаренко, Н.И. Стрельцова, В.П. Гавенко, К.В. Михайлова и др.) объясняет ряд патогенетических звеньев шизофрении.

Эндокринно-токсическая теория патогенеза связывает заболевание с дисфункцией половых желез, гуморально-токсическая – с наличием токсинов в спинномозговой жидкости, крови и моче больных шизофренией. Биохимические теории патогенеза строились на нарушениях белково-азотистого, углеводного обмена. Другие теории исходят из расстройства обмена нейромедиаторов, биогенных аминов или их энзимов (катехоламинов, индоламинов). Иммунологические гипотезы пытаются объяснить патогенез шизофрении нарушением аутоиммунных реакций, выражающихся в выработке в организме больного противомозговых антител, способных повреждать ткань мозга. Каких либо специфических нарушений для шизофрении при биохимических, иммунологических, нейрофизиологических и других исследованиях обнаружено не было. Определенные нарушения коррелировали либо с одной какой либо формой, синдромом или типом течения.

По современной классификации МКБ-10 к коду шизофрении относятся некоторые бредовые психозы, шизоаффективные психозы острые и транзиторные психотические расстройства.

F2 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства.

F20 Шизофрения

F20.0 Параноидная Шизофрения

F20.1 Гебефреническая шизофрения

F20.2 Кататоническая шизофрения

F20.3 Недифференцированная шизофрения

F20.4 Постшизофреническая депрессия

F20.5 Резидуальная шизофрения

F20.6 Простая шизофрения

F20.8 Другие формы шизофрении

F20.9 Шизофрения, неуточненная

Типы течения шизофренических расстройств могут быть классифицированы, используя следующие пятые знаки:

F20.x 0 непрерывный

F20.x 1 эпизодический с нарастающим дефектом  
F20.x 2 эпизодический со стабильным дефектом  
F20.x 3 эпизодический ремиттирующий  
F20.x 4 неполная ремиссия  
F20.x 5 полная ремиссия  
F20.x 8 другой  
F20.x 9 период наблюдения менее года  
F21 Шизотипическое расстройство  
F22 Хронические бредовые расстройства  
F23 Острые и транзиторные психотические расстройства  
F24 Индуцированное бредовое расстройство  
F25 Шизоаффективные расстройства  
F25.0 Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип  
F25.1 Шизоаффективный психоз  
F25.2 Шизоаффективное расстройство, смешанный тип  
F25.8 Другие шизоаффективные расстройства  
F25.9 Шизоаффективное расстройство, неуточненное  
F28 Другие неорганические психотические расстройства  
F29 Неуточненный неорганический психоз

Шизофрения в детском возрасте встречается реже, чем у взрослых. Начало обычно постепенное с беспричинных нелепых страхов, странных, оторванных от реальности фантазий носящих бредоподобный характер. На первый план могут выступать двигательные расстройства, носящие кататонический характер – застывание в одной позе, стереотипы речи и движений, эхосимптомы, импульсивные поступки, различные гримасы, часто хоботковое вытягивание губ. Нередки приступы кататонического возбуждения. Наблюдаются эпизоды зрительных галлюцинации сказочного, фантастического содержания. Бредовые идеи не типичны. Течение обычно злокачественное. Дефект складывается из основных негативных симптомов. Психическое (интеллектуальное) развитие может часто задерживаться на том возрастном этапе, на котором началось заболевание (профшизофрения).

**Клинические проявления.** Кардинальным психическим расстройством шизофрении является расщепление психической деятельности, в результате чего происходит утрата внутреннего единства интеллектуальных, эмоциональных и волевых функций, а также единства личности с окружающей средой. Для клинической практики наибольшее значение имеет деление симптомов шизофрении на основные, постоянные (негативные) свойственные всем формам заболевания и добавочные (вторичные, “продуктивные”) характерные для той или иной формы.

Аутизм – разобщенность личности с внешним миром, утрата контактов с окружающими, отгороженность, замкнутость, уход во внутренний мир своих вычурных, аутических переживаний. Больной становится молчаливым, избегает контактов с людьми, т.к. лучше чувствует себя в одиночестве. Даже с близкими вербальный контакт становится формальным, бедным.

Эмоциональные нарушения – выражаются в постепенном обеднении эмоциональных реакций. Сначала страдают высшие эмоции – сострадание, альтруизм, эмоциональная отзывчивость. В последующем больные становятся все более холодными, эгоистичными. Их перестают интересовать события на работе, в семье. В тяжелых случаях развивается эмоциональная тупость, с полным равнодушием к окружающей обстановке и собственной судьбе. На фоне значительного обеднения эмоциональной жизни выступает неадекватность, парадоксальность эмоциональных реакций. Больной смеется в неподобающей ситуации, спокойно констатирует грустные для него и окружающих события, но дает неадекватные, часто бурные реакции по совершенно ничтожным поводам. Процесс расщепления эмоциональной сферы приводит к тому, что больной шизофренией может одновременно совмещать два противоположных чувства: он любит и

не любит; он гневен и радостен; весел и грустен – амбивалентен. Так, больная, воспитательница детского сада, говорила что она “любит тех детей, которые ей не нравятся”. Мимика больных не соответствует их переживаниям (парамимия), а свидетельствует о расщеплении целостного эмоционального мимического реагирования. Исчезают эмоциональные модуляции голоса, утрачиваются ньюансы интонации, о волнующем и безразличном больные говорят одним тоном (“деревянный голос”). Нередко меняется и манера одеваться. Одни больные становятся неряшливыми, неаккуратными, другие начинают одеваться крайне вычурно, крикливо, утрачивая элементарный такт и вкус.

Нарушения мышления проявляются в утрате логической связи между мыслями – расщепленности, паралогичности суждений. Больной говорит: “Доктор, если у вас тут затвердение (показывает на лоб), а тут искривление (показывает на нос) то разве из этого не вытекает, что пчела человеческий дух”. В данном примере очевидно нарушение логического мышления при сохранении грамматического строя предложения. В начале болезни нарушения менее выражены и проявляются в “соскальзывании” – нелогичном переходе от одной мысли к другой, витиеватых выражениях. Эти нарушения чаще выявляются при экспериментально-психологическом исследовании процессов отвлечения и обобщения, которые осуществляются больными по несущественным признакам.

Расщепление мышления проявляется также в противоречивых суждениях, двойной ориентировке. Так, больной заявляет: “Я здоров, когда вы меня вылечите?”, считает, что находится в тюрьме, и в то же время признает, что он в клинике. При длительном течении заболевания в состоянии дефекта может наблюдаться полный распад мышления и речи, вследствие чего нарушаются не только их смысловые, а и синтаксические и грамматические законы – “словесная крошка”.

Шизофреническому мышлению свойственна символизация, образование новых понятий, уплотнение понятий, “моленная консатера”, “прошу вынедрить из моих зубов микрюх”, “это не жизнь, а афеиды и полторанцы” – говорит больной шизофренией. “Дайте мне перчило, я напишу заявление в профкурорт”, – обращается к врачу больная. Наблюдается резонерство, бесплодное словесное мудрствование лишённое четкого смысла, отвлеченность мышления, оторванность его от действительности, склонность к очень отвлеченным обобщениям или сугубо конкретным. Больной, отвечая на вопрос любит ли он своих родителей, говорит: “Своих родителей необходимо любить, потому, что они свои, а не чужие, потому что этим обеспечивается продолжение людского рода на земле, если он угаснет, то в нем погибнут все культурные ценности, а может и вся земля, хотя она есть планетой мирового пространства, правда не самая большая, поскольку не исключена возможность, что есть большие планеты и на них тоже есть жизнь, а жизнь – это существование белковых тел” и т.д.

Пишут больные шизофренией также очень характерно. Иногда слева направо. Их письмо часто изобилуют вычурными, витиеватыми буквами, подчеркиванием, восклицательными знаками, палочками, символическими обозначениями и рисунками.

Нарушается темп и течение мыслей. Некоторые больные отмечают наплыв мыслей с чувством их сделанности, – *ментизм* или обрыв, исчезновение мысли с чувством пустоты в голове – шперунг (*sperrung*). Нередки персеверации (повторение одних и тех же слов), вербегерации (повторение одних и тех же фраз), витиеватые выражения. Наблюдаются симптомы “открытости мыслей”, “звучания мыслей”, больные утверждают, что их мысли читают окружающие, они всем известны.

Нарушения в эффекторно волевой сфере проявляются в виде снижения целенаправленной активности – гипобулии и абулии, что объясняется “понижением энергетического потенциала”. Больным все труднее становится учиться, работать. Любая деятельность, особенно умственная, требует большого напряжения. Концентрация внимания дается с большим трудом. Утомляет общение с другими людьми. Все это ведет к нарастающим трудностям в учебе, профессиональному снижению, либо в тяжелых

случаях к полной несостоятельности при сохраненных формальных функциях интеллекта.

Расщепление психики находит свое отражение в поведении больных. У больных шизофренией борьба мотивов в волевом акте длительна или совсем не завершается, что делает невозможным принятие решения. Это проявляется в амбивалентности, когда больной не в состоянии совершить какое-либо действие потому, что у него одновременно возникают две противоположные тенденции. Больной, чтобы войти в кабинет врача, открывает дверь, но тут же ее закрывает, делает шаг вперед, а потом назад. Хочет поздороваться, но затем убирает руку.

Целенаправленная деятельность всегда нарушена в той или иной мере. Для больных типично непонятное поведение, отсутствие обычных логических мотивов. Удивляют нередко нелепые поступки таких больных, у которых достаточно сохранены формальные интеллектуальные функции. Своеобразным видом нарушения активности является переживание чуждости своих мыслей, чувств, поступков. Часть психической деятельности переживается больным, как не принадлежащая ему, протекающая независимо от его воли, автоматически, вопреки его намерению (синдром Кандинского–Клерамбо). Так больная, которая временами кричит, танцует, бранится, заявляет, что все это делает не она, а врач, который овладел ее волей и руководит. Она знает, что говорит и делает “ненужное”, но это потому, что в ее гортани присутствует что-то постороннее, “моя гортань покорна чужой воле”. Другие больные говорят, что их действия “решаются кем-то наперед”, “заставляют их принудительно думать, вспоминать, действовать”. Развивается симптом деперсонализации – чувство раздвоенности собственного “я”. Больной ощущает в себе два “я”, говорит о себе в третьем лице, “он хочет есть, он пошел”, называет себя разными фамилиями, именами, утверждает, что вместе с его “я” в нем живет другое “я”.

Диагноз шизофрении у детей может быть поставлен лишь после 2 лет.

С 2 до 10 лет преобладают ядерные формы. Параноидные формы описаны с возраста 9 лет.

Симптомы шизофрении детского возраста:

- ✓ регресс речи
- ✓ регресс поведения (симптом манежной ходьбы, балетной ходьбы, выбор неигровых предметов, неophobia)
- ✓ эмоционально-волевые расстройства
- ✓ задержка развития
- ✓ эквиваленты бреда - сверхценные страхи, бредоподобные фантазии.

Диагностика

- ✓ наличие продуктивных симптомов болезни
- ✓ негативные эмоционально-волевые расстройства
- ✓ утрата интерперсональных коммуникаций
- ✓ симптомы воздействия на мысли, поступки и настроение, слуховые псевдогаллюцинации, симптомы открытости мысли, грубые формальные расстройства мышления (разорванность), кататонические двигательные расстройства
- ✓ негативные нарушения - редукция энергетического потенциала, отчужденность и холодность, необоснованная враждебность, утрата контактов, социальное снижение
- ✓ данные патопсихологического исследования
- ✓ клиничко-генетические данные об отягощенности шизофренией родственников первой степени родства.

Помимо типичных для шизофрении изменений, в течение болезни возникают и закономерно сменяются различные продуктивные симптомокомплексы – бредовые, кататонические, гебефренические и аффективные, которые определяют форму шизофрении.

**Параноидная форма (F20.0).** Встречается чаще других форм. На фоне расщепления психики появляется галлюцинаторно-параноидная симптоматика. Симптомы,

определяющие эту форму, обнаруживаются в возрасте 20–40 лет. Появлению продуктивной симптоматики предшествует подозрительность, мнительность, придирчивость, ипохондричность. Обострение начинается с появлением бессонницы, тревоги, беспокойства, раздражительности. На фоне изменившегося самочувствия возникает ощущение изменения окружающего мира, возникновение преграды между ним и миром. Появляются бредовые идеи отношения, преследования, воздействия, отравления. Больной утверждает, что к нему изменили отношение близкие, знакомые, на улице все на него обращают внимание, следят, показывают на него, говорят о нем. Бредовые идеи выражаются в том, что больной заявляет о воздействии на его организм или психику гипноза, электрического тока, какой-то невидимой энергии. Бредовые идеи порой поражают своей нелепостью. Больной утверждает, что дотрагиваясь до дверных ручек, он заразился сифилисом, СПИДом, что в его тело вселилось какое-то животное, что его внутренние органы сгнили, пища не переваривается, “таблетки лежат стопками в желудке”. В начале заболевания бредовые идеи носят несистематизированный, отрывочный характер, с течением времени бред складывается в систему, часто причудливо-символическую с идеями могущества, величия, реформаторства, т.е. приобретает черты парафренного. Бредовые идеи сочетаются с вербальными галлюцинациями и иллюзиями, “говорят обо мне”, больные слышат оклики по имени, отдельные слова и фразы, “голоса”. “Голоса” непосредственно касаются больного, осуждают, пугают, угрожают, часто носят императивный характер. Они создают тревожное настроение, вызывают страх, особенно угрожающие и императивные. Часто при параноидной шизофрении развивается синдром Кандинского-Клерамбо – сочетание психических автоматизмов, псевдогаллюцинаций и бреда воздействия, отчуждения собственных мыслей, действий, своего “я”, больные говорят о себе, как управляемом извне автомате. Псевдогаллюцинации отличаются от истинных тем, что “голоса” слышатся внутри головы, частях тела, “внутренним взором” видятся фигуры, части внутренних органов. Нередко возникают тактильные галлюцинации и сенестопатии. Больной чувствует “пронизывание током” головы, горла, половых органов, перекручивание внутренних органов, разрывание их и т.п. Обонятельные и вкусовые галлюцинации не часты, но особенно неприятны. Больной ощущает запах, исходящий не только из внешнего мира, а от него самого (запах трупа, кишечных газов, крови, разложившейся спермы и т.д.). Эти галлюцинации наблюдаются особенно при неблагоприятном течении заболевания. Зрительные галлюцинации нечасты. Обычно они отрывочные, несценические, бесцветные, больные чаще видят лица или части лица, фигуры. Больной говорит, что видел сквозь стену, полу халата, руку и знал, что это рука доктора, которая “чертила мелом белую линию его температурной кривой на белой стене”. Другой больной “видел” склоненную фигуру и знал, что это его брат – мертвец, и т.п. Нередки иллюзии. Больной стук двери воспринимает как выстрел, взрыв; больной с бредом преследования стук посуды, воспринимает как лязганье оружия.

В соответствии с содержанием бреда и галлюцинаций меняется поведение больного. Он может представлять опасность для себя и окружающих. Под влиянием императивных галлюцинаций больной отказывается от приема пищи, наносит самоповреждения, совершает суицид. По бредовым мотивам больной может быть агрессивным, совершить убийство. Нередко больные годами диссимулируют свои переживания, что может привести к преждевременной выписке и тяжелым последствиям.

**Гебефреническая форма F20.1.** Наиболее злокачественная форма шизофрении, начинается в подростковом или юношеском возрасте.

Начало гебефренической шизофрении охватывает возраст 14–18 лет. Гебефреническая шизофрения знаменует злокачественное течение заболевания. В литературе обозначают гебефрено-кататонический синдром (Снежневский А.В., 1983) или кататано-гебефренический синдром (Личко А.Е. 1989). Для злокачественной юношеской

шизофрении наиболее характерны гебефрено-кататонический синдром и гебефренический тип дефекта.

В преморбиде:

- ✓ расстройства поведения - антидисциплинарное, асоциальное, криминальное поведение
- ✓ диссоциативные черты личности
- ✓ раннее половое созревание и гомосексуальные эксцессы, что часто воспринимается как искажение пубертатного криза.

Эта форма характеризуется бессмысленным, дурашливым поведением, эмоциональными нарушениями в виде грубо неадекватных эмоций, дурашливости, нелепого карикатурного веселья, которое не заражает, а удивляет и пугает. Типично гебефреническое возбуждение – нецеленаправленное кривляние, гримасничанье, кувырканье. Больные прыгают по кроватям, валяются по полу, стараются ударить, тут же хохочут, бесстыдно обнажаются, онанируют. Они неопрятны, могут нарочно мочиться и испражняться в постели, прожорливы, неряшливы. Обороты речи, особенно интонации вычурны, говорят неестественным голосом, по детски сюсюкают, коверкают слова, нецензурно бранятся. Мышление их бедно, паралогично, стереотипно. Так больной прыгает на одной ноге, бьет себя по лицу, смеется стереотипно повторяет: “дважды два – заяц”. Речь больных временами напоминает бессмысленный набор слов, или фраз.

Галлюцинаторно – бредовые проявления отрывочны и поражают своей нелепостью. Нередко наблюдается внезапный переход от дурашливости, эйфории к ипохондрии. Форма характеризуется крайне неблагоприятным прогнозом и обычно быстро, в течении 1–2 лет ведет к распаду личности и слабоумию.

**Кататоническая форма F20.2.** Начинается в молодом возрасте и проявляется чередованием кататонического возбуждения и кататонического ступора. В последние годы эта форма в типичном виде встречается редко. Кататоническое возбуждение нелепо, стереотипно, нецеленаправленно. Больные импульсивны, кричат, гримасничают, немотивированно агрессивны. Движения и жесты больных однообразны, стереотипны, угловаты. Особенно манерной и вычурной бывает походка больных, с подпрыгиванием, остановками и стремительной импульсивностью. Мышление разорвано, паралогично, речь стереотипична, с вербегерациями – повторениями одних и тех же фраз, жестов (слов) и неологизмами. Больные повторяют слова (эхолалия), жесты окружающих (эхопраксия). Всему оказывают упорное сопротивление, делают противоположное тому, что их просят (активный негативизм), часто срывают с себя одежду, наносят самоповреждения.

Кататонический ступор – полная обездвиженность с напряжением мускулатуры, мутизмом, негативизмом, отказом от пищи. Больной часто лежит в эмбриональной позе, сопротивляется попыткам ее изменить (активный негативизм), не выполняет инструкций, активно сопротивляется, при осмотре не дает проверить пульс, измерить температуру, накормить (пассивный негативизм). Питание в таких случаях осуществляется через зонд. Наблюдаются явления каталепсии – восковидной гибкости – сохранение в течение неопределенного времени положения, которое придано телу, конечностям, голове (“воздушная подушка”). Сознание во время ступора может полностью сохраняться и когда ступор проходит, больные подробно рассказывают обо всем, происходившем вокруг.

Кататонические состояния характеризуются обездвиженностью и сновидным помрачением сознания. Переживаются различные фантастические, часто катастрофические ситуации (война, землетрясение, кораблекрушение), в которых больной не принимает участия, является наблюдателем, но в то же время “чувствует особую ответственность за все, что совершается”. На лице выражение ужаса сменяется заинтересованностью, экстазом в зависимости от содержания галлюцинаций. О своих переживаниях больные рассказывают впоследствии, реальные события воспринимаются ими фрагментарно, а окружающая обстановка в соответствии с грезоподобными фантазиями (больные принимались за инопланетян, сама больница – за какой-то лагерь и т.д.). Впоследствии сохраняются в памяти – рецепторный ступор по А.Г.Иванову–

Смоленскому (1934).

Кататоническое возбуждение предшествует развитию ступора, или прерывает ступор на короткое время (минуты, часы, реже дни). Движения импульсивны, неестественны, манерны, причудливы. К любому попавшему на глаза человеку или предмету может проявиться внезапная безудержная агрессия, ярость, стремление все бить и крушить. Пациенты часто срывают с себя одежду. Речь – грубая брань или экзальтированно – патетические возгласы, повторение одних и тех же фраз (вербигирация) или услышанных слов окружающих (эхолалия), также двигательное возбуждение может сочетаться с мутизмом.

Люцидная кататония представляет собой ступорозное состояние, во время которого сознания почти не помрачается. При люцидной кататонии отмечается чисто двигательный психоз, и за фасадом двигательных расстройств не отмечается каких-либо продуктивных нарушений. Торможение избирательно охватывает двигательную систему – эффекторный ступор (по А.Г.Иванову–Смоленскому,1934). Обнаруживаются парциальная амнезия в отношении собственных движений и своего поведения.

Онейроидная кататония обозначает ступорозное состояние, которое сочетается со сновидными грезоподобными переживаниями, о которых больные рассказывают впоследствии, когда выходят из ступора (наплыв фантастических зрительных образов космического, апокалиптического характера). Пациент посещает иные миры, рай и ад. Во время этого состояния контакт с больным затруднен, ориентировка в окружающем бывает недостаточной.

Фебрильная кататония. Острый гипертоксический синдром - фебрильная шизофрения была описано еще в прошлом столетии под названием острого бреда – delirium acutum (Boismont A.,1845). Острый гипертоксический синдром в подростковом возрасте встречается редко (1%). Его картина существенно не отличается от фебрильной шизофрении, описанной у взрослых (Тиганов А.С.,1982). Как вариант кататонической шизофрении признается лишь некоторыми психиатрами. Большинство исследователей считают, что присоединение температуры к ступору обусловлено либо дополнительной соматической патологией, либо нераспознанным стволовым энцефалитом, либо злокачественным нейролептическим синдромом. Начало иногда внезапное, бурное. В других случаях острому гипертоксическому синдрому в течение ряда дней может предшествовать субступорозное состояние или один из других синдромов инкогерентных расстройств (аментивный, острый полиморфный). Может наблюдаться симптом ”обирания”: больные теребят белье, как будто снимают с него или со своего тела невидимые крошки соринки, что-то ловят в воздухе. Контакт недоступен. Соматическое состояние тяжелое. Температурная кривая может носить гектический характер с резкими подъемами и спадами. В связи с выраженной лихорадкой данный синдром выделяют в особую форму – фебрильную шизофрению (Sheid K., 1937, Тиганов А.С., 1982). Предполагается, что патогенетической основой синдрома является аутоинтоксикация - синдром эндогенной интоксикации (Уманский М.А. и др., 1979).

В последние десятилетия у подростков диагностируются микрокататонии.

К признакам микрокататонии относятся:

- ✓ повышенный тонус мышц плечевого пояса
- ✓ повышение активности оральной зоны
- ✓ стереотипизация мимики, позы, жеста, походки
- ✓ речевые стереотипии, мутизм
- ✓ стереотипная игра пальцами рук, гипокинезия позы, сниженная подвижность кисти рук при повышении активности пальцев
- ✓ отсутствие мигания.

Иногда кататонический ступор проявляется только в форме мутизма. Возможны все варианты течения.

**Простая форма F20.6.** Представляет собой наиболее яркое проявление основных симптомов шизофрении – снижение волевой активности, аффективной тупости и расстройств мышления, совокупность которых обозначается как апатико-абулический синдром. Манифестация простой формы шизофрении приходится на подростковый и юношеский возраст. Дебют падает на возраст 14 – 15 лет.

Нарастает вялость, апатичность, равнодушие. Больные начинают плохо учиться, пропускать занятия, появляется склонность к длительному безделью, большую часть дня проводят в постели, становятся все более замкнутыми, молчаливыми, теряют социальные связи, друзей. Тускнеют эмоции, появляется равнодушие и даже враждебное отношение к близким. Теряется интерес к одежде, внешнему виду. Становятся неряшливыми, не моются, не меняют белья, спят не раздеваясь. Утрачивают стыдливость, появляется склонность к импульсивным действиям, бродяжничают, некоторые открыто онанируют. Поведение становится нелепым, они как правило совсем не имеют ни планов, ни перспектив, это больных не огорчает, как их не смущает и то, что будучи молодыми и физически здоровыми, они живут за счет родителей, ни в чем им не помогая.

Наряду с этим могут появляться нелепые, странные интересы не соответствующие возрасту и положению больного, склонность к схоластическим, бесплодным рассуждениям (резонерство), противоречивость суждений. В мышлении наблюдается соскальзывание на неожиданную тему, обрывы мыслей. Своеобразен внешний вид больных, движения угловаты, утрачивается выразительность мимических реакций, голос становится монотонным (“деревянный голос”). Продуктивные симптомы – бред и галлюцинации наблюдаются редко, они рудиментарные, кратковременные и не влияют на течение заболевания. Прогноз часто неблагоприятный, т.к. диагностируется простая форма поздно и больные поступают в стационар уже с признаками сформировавшегося дефекта.

**Типы течения шизофрении** различают в зависимости от прогрессивности заболевания, темпа и степени нарастания шизофренических симптомов, особенностей клинических синдромов, преобладающих в картине болезни.

Непрерывно – прогрессивный тип характеризуется прогрессивно нарастающими шизофреническими изменениями, отсутствием спонтанных ремиссий. Ремиссии обычно бывают следствием лечения и удерживаются только до тех пор, пока проводится поддерживающая терапия. Степень прогрессивности различна – от медленного течения с нерезкими изменениями личности до глубокого опустошения и распада ее. Особенно злокачественно течет шизофрения, начинающаяся в детском и юношеском возрасте – злокачественная гебефрения, галлюцинаторно-параноидная, простая форма.

Приступообразно – прогрессивный (шубообразный) тип характеризуется приступообразным течением. Приступы продолжаются от 2– 3 недель до нескольких месяцев. Приступы чередуются со светлыми промежутками – ремиссиями. Длительность ремиссий варьирует от 1-2 недель до нескольких месяцев и лет. Качество ремиссий различно. Они могут быть полными – практическое временное выздоровление, или неполными, с признаками шизофренического дефекта или остаточными симптомами приступа. С каждым новым приступом качество ремиссии ухудшается, а сам приступ обогащается новыми неблагоприятными симптомами (гебефреническими, галлюцинаторно-параноидными, шизофазическими).

Рекуррентный (приступообразный) тип характеризуется приступами атипичной депрессивной или маниакальной фазы, со стойкими ремиссиями. Со временем приступы учащаются и удлиняются. По этому типу протекают шизоаффективные психозы.

**Типы ремиссий.** В зависимости от степени редукции психотических симптомов и выраженности диссоциативно– апатических расстройств ремиссия может быть полной, неполной, частичной.

Полная ремиссия (ремиссия “А”) – полная редукция продуктивных психотических синдромов при незначительной выраженности негативных симптомов, которые

практически не изменяют трудоспособность и семейно-бытовое положение больного; профессиональная переориентация необходима лишь в особых случаях.

Неполная ремиссия (ремиссия “В”) – полная редукция продуктивных психотических симптомов с умеренно выраженными изменениями, обуславливающими необходимость проведения реабилитационных мероприятий – перемену профессии (труд с ограничением нагрузок), а в некоторых случаях – при потере способности к труду – трудоустройство в специальные цехи на промпредприятия.

Ремиссия “С” – значительная редукция психотических симптомов (возможны остаточные, утратившие актуальность бредовые идеи, и отдельные галлюцинаторные явления) при выраженном апатико-диссоциативном дефекте, с потерей способности к регулярному и профессиональному труду. Больных приспособливают к работе в лечебно-трудовых мастерских при психиатрических больницах, дневных стационарах.

Частичная ремиссия (ремиссия “D”) – внутрибольничное улучшение – характеризуется лишь незначительным улучшением состояния с некоторой дезактуализацией психотических явлений. Больные подлежат дальнейшему лечению в условиях стационара.

**Дифференциальный диагноз.** Дифференциальный диагноз шизофрении должен опираться прежде всего на специфические негативные симптомы: аутизм, эмоциональное оскудение и неадекватность, снижение активности, нарушения мышления – расщепление, паралогичность, резонерство, символизм. Выраженный полиморфизм и изменчивость продуктивных психопатологических симптомов делают их менее надежными диагностическими признаками заболевания. В диагностике также учитывается динамика заболевания, которая характеризуется прогрессирующим течением и нарастанием негативных, дефицитарных симптомов. Манифестации заболевания нередко предшествуют психические травмы, перенесенные черепно-мозговые и инфекционные заболевания, интоксикации. В связи с этим приходится дифференцировать шизофрению с реактивными (психогенными) психозами, органическими (соматогенными, инфекционными). Для реактивных психозов (реактивный паранойд, реактивная депрессия) характерна психологическая понятность болезненных переживаний, они отражают содержание психотравмирующей ситуации, и исчезают после разрешения психотравмирующей ситуации. Экзогенно-органические психозы протекают с преобладанием астенических симптомов, галлюцинаторных, чаще зрительных расстройств, синдромов нарушения сознания (делириозный, сумеречное нарушение сознания), памяти изменений личности по органическому типу.

Простая форма шизофрении на определенных этапах течения может иметь сходство с проявлениями психопатии и затяжных неврозов, астенопатической депрессией. Дифференциальной диагностике помогает тщательное изучение анамнеза, динамики и выявление типичных для шизофрении изменений эмоциональных и когнитивных функций. Шизоаффективные психозы дифференцируют с маниакально-депрессивным психозом. Появление в структуре приступа острого чувственного бреда, галлюцинаций, бреда преследования, явлений психического автоматизма, кататонических расстройств, а также формирование и нарастание в межприступный период изменений личности склоняет диагноз в пользу шизофрении.

Фебрильную шизофрению приходится дифференцировать с симптоматическими (соматогенными) психозами. Фебрильная шизофрения дебютирует во всех случаях кататоническим возбуждением или субступором с онейроидным помрачением сознания, что не характерно для симптоматических психозов, при которых указанные нарушения возникают на отдаленных этапах течения заболевания на фоне тяжелого соматического состояния, незадолго до летального исхода. Фебрильную шизофрению следует отличать от злокачественного нейролептического синдрома с гипертермией развивающегося, при лечении нейролептиками (особенно галоперидолом и другими производными бутерофенона), чаще большими дозами, но этот синдром может развиваться даже от малых доз у чувствительных к этому препарату больных.

### **Шизотипическое расстройство – F 21**

Шизотипическое расстройство - психопатоподобная форма вялотекущей шизофрении у подростков, самая частая встречаемая форма, особенно у мальчиков.

Различия между шизофренией и шизотипическими расстройствами далеко не всегда четкое. Высказывается предположение, что больной с шизотипическим расстройством обладает генетической предрасположенностью к шизофрении, который в благоприятной социальной обстановке не декомпенсируется и у него наблюдаются лишь субпсихотические проявления. В стрессовых ситуациях больные могут декомпенсироваться, у них возникают кратковременные психотические симптомы, а суицидоопасность составляет 10%. Диагностика шизотипического расстройства основывается на наличии в клинической картине на протяжении более чем 2-х последних лет не менее 4-х из следующих признаков: 1) эмоциональная холодность, не всегда адекватные ситуации общения; 2) эксцентрическое, странное поведение и внешний вид; 3) тенденция к уходу от социальных контактов; 4) странные, нередко метафизические мысли, не согласующиеся с субкультурными нормами; 5) недоверчивость, подозрительность; 6) навязчивые размышления относительно собственной личности дисморфофобического, сексуального или агрессивного содержания; 7) необычные ощущения, явления дереализации и деперсонализации; 8) расплывчатое мышление, не достигающее степени разорванности; 9) периодические транзиторные субпсихотические эпизоды (чаще с иллюзиями, галлюцинациями, бредаподобными идеями).

Дифференциальный диагноз шизотипических расстройств с шизофренией и шизоидной психопатией крайне труден, поэтому МКБ-10 адекватно не рекомендует широкое использование этой рубрики классификации.

### **Острые и транзиторные психотические расстройства F 23**

Психотическое состояние, начинающееся остро, от 48 часов до 2-х недель, причем чем острее начало, тем благоприятнее прогноз. В клинической картине бред, галлюцинации, возбуждение, разорванность мышления. Если длительность болезненного состояния не более 1 месяца и шизофренические симптомы появляются лишь вначале эпизода и на короткое время, состояние кодируется как острое, полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении – F-23.0. Если шизофренические симптомы наблюдаются в течение более длительного времени, но не более 1 месяца, состояние кодируется как острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении – F-23.1. Если состояние не полиморфно и стабильно, а шизофреническая симптоматика держится устойчиво менее 1 месяца, эпизод кодируется как острое шизофреноподобное психотическое расстройство – F-23.2.

Транзиторные психотические расстройства могут закончиться полными практическим выздоровлением с полным восстановлением работоспособности и социализации. В некоторых случаях они повторяются, иногда вслед за ними происходит манифестация шизофрении или МДП. Выделение этой рубрики имеет цель сузить диагностические рамки шизофрении и аффективных психозов.

### **Индуцированное бредовое расстройство F 24**

Характеризуется развитием сходных бредовых переживаний у лиц, находящихся в тесных, чаще семейных, отношениях. Предрасполагающим фактором является зависимость (психологическая или иная) от больного, индуцирующего бред. У индуцируемого бредовая идея обычно более правдоподобна. Наиболее часто индуцируется бред преследования и ипохондрический. Эти бредовые идеи никогда не появляются до контакта с индуктором (т.е. больным) и исчезают они после прекращения этого контакта. Это расстройство чаще встречается у женщин. Индуцируемые полностью воспроизводят те мысли, которые высказывают индукторы. Обычно это наблюдается в семьях: родители – дети, старшие сестры – младшие, муж – жена. Необходимо лечение основного заболевания у индуктора и отдаление от него индуцированного.

### **Шизоаффективные расстройства – F 25**

В прошлом эти нарушения считались одной из форм шизофрении. Современная классификация МКБ-10 рассматривает шизоаффективные расстройства как пограничную группу между шизофренией и аффективными психозами. Заболеваемость в популяции 0,5 – 0,8%. Этиология не известна. Клиническая картина представлена как аффективными, так и шизофреническими симптомами. При биполярном варианте течения наблюдаются ремиссии в виде практического выздоровления, при депрессивном типе формируются негрубые признаки шизофренического дефекта. Наиболее неблагоприятный прогноз при наследственной отягощенности шизофренией, низком уровне адаптации в преморбиде, раннем, постепенном начале без провоцирующих факторов, непрерывном течении.

## **АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕНИЯ**

### **Аффективные расстройства F3 (расстройства настроения)**

Аффективные нарушения в виде маний и меланхолий были известны с глубокой древности. Яркое их описание дано Гиппократом и рассматривались они как отдельные заболевания. Крепелин (1896), основываясь на клинических наблюдениях и исследованиях, пришел к выводу, что маниакальный и меланхолический приступы, протекающие без прогрессивности, представляют собой единое заболевание, которое он назвал маниакально-депрессивным психозом. Однако в современной психиатрии еще сохранилось обозначение “аффективный психоз”, “фазовый психоз”.

### **Классификация аффективных расстройств по МКБ-10.**

- F3 Аффективные расстройства (расстройства настроения)
- F 30 Маниакальные эпизоды
- F 31 Биполярные аффективные расстройства
- F 32 Депрессивные эпизоды
- F 33 Рекуррентное депрессивное расстройство
- F 34 Хронические (аффективные) расстройства настроения, включая циклотемию F34.0 и дистемию F34.1
- F 38 Другие (аффективные) расстройства настроения
- F 39 Неуточненные (аффективные) расстройства настроения

**Этиология и патогенез.** Биполярное аффективное расстройство относится к заболеваниям невыясненной этиологии, при котором предрасполагающим фактором является наследственная отягощенность. Так, при наличии одного родителя с биполярной формой заболевания риск заболеть для ребенка составляет 27%, при двух больных родителях риск появления аффективных расстройств у детей повышается до 50%-70%.

Изучение патогенеза БАР (ранее маниакально-депрессивного психоза) посвящены работы Протопопова В.П. и его учеников. Протопопов В.П. объяснял механизмы развития заболевания патологией таламогипоталамических зон межучного мозга, где помещается центральный вегетативный аппарат, играющий важную роль в проявлениях аффективной жизни. Наиболее характерными для БАР он считал комплекс симптомов, объединяемый под названием симпатикотонический синдром: тахикардия, расширение зрачков, спастические запоры, падение веса, сухость кожи, повышение артериального давления, высокий уровень сахара в крови. Все эти изменения он связывал с центральными механизмами и относил за счет повешения возбудимости гипоталамической области.

Существенную роль в патогенезе БАР играют нарушения синаптической передачи в системе нейронов гипоталамуса и других базальных отделов мозга, обусловленные изменением активности нейромедиаторов (норадреналина, серотонина). Так, катехоламинная гипотеза исходит из того, что депрессия связана с функциональным дефицитом одного или нескольких катехоламиновых нейротрансмиттеров на определенных синапсах, тогда как мания связана с функциональным избытком этих аминов.

Натриевая теория - дефекты в переносе ионов натрия через мембраны отдельных нейронов в головном мозге.

### **Биполярное аффективное расстройство**

Согласно данным МЗ Украины показатель заболеваемости психическими расстройствами в нашей стране в 2009 году составлял 232,4 на 100000 населения, при этом доля больных биполярными расстройствами составляет 5% от всех психически больных, госпитализируемых в стационар.

Биполярное аффективное расстройство - это заболевание, которое протекает в виде аффективных фаз, разделенных интермиссиями

Типичными аффективными состояниями являются, прежде всего, классическая циркулярная депрессия (подавленное настроение, двигательное и идеаторное торможение) и мания (повышенное настроение, идеаторное и двигательное возбуждение).

По клиническим проявлениям БАР подразделяют на I, II и III тип. При I типе наблюдаются различные по выраженности и длительности, но достаточно четко очерченные маниакальные и депрессивные эпизоды. При II типе вместо типичных маниакальных эпизодов отмечается гипоманиакальное состояние и депрессивные эпизоды. III тип характеризуется циклотимическими состояниями.

Маниакальные состояния (F 30) выражаются в повышенном, жизнерадостном настроении, эйфории, при этом настроение больных остается приподнятым даже при получении неприятных известий и несчастий. Реактивные эмоции неглубоки и нестойки, темп мышления ускорен, внимание неустойчиво, отмечаются гипермнезии, критика снижена. Больные общительны, много безумолку говорят, обнаруживая повышенный интерес к деятельности начинают за одно дело, бросают его, переходят к другому, быстро отвлекаясь, постоянно куда-то торопясь. Характерны усиление инстинктов. Повышенная эротичность проявляется в повышенном кокетстве, в вычурных нарядах и украшениях, в любовных записках и поисках любовных приключений. Обострение пищевого инстинкта - в прожорливости. При этом находясь все время в движении и деятельности, больные не проявляют признаков утомления и усталости, несмотря на недостаточный сон в течении недель и месяцев. Расстройства восприятия бывают, как правило, неглубоки и проявляются в виде иллюзий (зрительных и слуховых), парейдолий и метаморфозий – симптом “ложного узнавания”. При маниакальной фазе БАР наблюдаются соматические и вегетативные расстройства обусловленные повышением тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы (триада Протопопова В.П.): тахикардия, повышение артериального давления, потеря веса, нарушение менструального цикла у женщин, бессонница. По степени выраженности психопатологических симптомов различают легкие маниакальные состояния – гипомания, манию без психотических симптомов, манию с психотическими симптомами.

Гипомания (F 30.0) – легкая степень маниакального состояния, которая характеризуется легким подъемом настроения, повышенной энергичностью и активностью больного, чувством полного благополучия, физической и психической продуктивностью. Указанные особенности наблюдаются не менее нескольких дней.

Мания без психических симптомов (F 30.1) характеризуется выраженным подъемом настроения, значительным подъемом активности, что ведет к нарушению профессиональной деятельности, связей с другими людьми. Приступ длится не менее недели.

Мания с психическими симптомами (F 30.2) сопровождается бредовыми идеями переоценки и величия, преследования, галлюцинациями, скачкой идей, психомоторным возбуждением. Приступ длится не менее 2 недель.

Центральное место в клинической картине депрессивной фазы (F 32) занимает витальный аффект тоски, печали, скорби. Болезненно сниженное настроение усиливается особенно в утренние часы до меланхолии с унынием. Больные жалуются на мучительную

тоску со сжимающими болями в области сердца, тяжестью за грудиной, “предсердечная тоска”. Пациента невозможно отвлечь от этого состояния, развеселить, настроение остается прежним при воздействии положительных раздражителей из внешнего мира. Больные заторможены, вплоть до депрессивного ступора, малоподвижны, время проводят в однообразных скорбных позах. Тихим, монотонным голосом отвечают на вопросы, не проявляя интереса к беседе, высказывают идеи самоуничтожения, самообвинения, греховности, в тяжелых случаях приобретающие бредовой характер. У таких больных, как правило, возникают суицидальные мысли и действия. Они не строят планов на будущее, считают его бесперспективным, не высказывают никаких желаний, кроме желания умереть, однако последнее могут скрывать и диссимулировать. Внимание приковано к собственным переживаниям, внешние раздражители не вызывают адекватных ответов. Инстинкты подавлены (анорексия вплоть до полного отказа от пищи, снижение либидо, попытки самоубийства). В ряде случаев наряду с усилением отрицательных эмоций может наблюдаться переживание утраты чувств, когда больные говорят, что они не испытывают обычных человеческих эмоций, стали бесстрастными автоматами, нечувствительны к переживаниям близких и поэтому мучительно страдают от собственного бесчувствия – симптом “болезненной анестезии психики” (anaesthesia psychical dolorosa), нередко синестопатии, иллюзии. Частым симптомом при депрессии является нарушение восприятия времени и пространства, психосенсорные расстройства, приводящие к переживаниям деперсонализации и дереализации.

Сомато-вегетативные симптомы, как и при маниакальной фазе, обусловлены повышением тонуса симпатической нервной системы: падение веса, бессонница, беспокойный сон с частыми пробуждениями и отсутствием свежести после сна, возможно затрудненное слезоотделение, отмечается сухость, горечь во рту, у женщин аменорея. Характерна триада Протопопова: мидреаз, тахикардия, спастический колит.

Длительность депрессивной фазы нередко превышает 6-8 месяцев. Депрессивные состояния встречаются в 6-8 раз чаще, чем маниакальные. По степени выраженности симптомов различают легкие, средней тяжести и тяжелые депрессии с непсихотическими и психотическими симптомами.

Легкий депрессивный эпизод (F 32.0) характеризуется снижением настроения большую часть дня, снижением интереса к окружающему и чувства удовлетворения, повышенной утомляемостью, слезливостью. Легкий депрессивный эпизод встречается в двух вариантах: а) без соматических симптомов (F32.00); б) с соматическими симптомами (F32.01). Соматические симптомы: 1. бессонница, пробуждение на 2 часа и больше раньше, чем обычно, или сонливость; 2. утомляемость, снижение сил; 3. снижение или повышение аппетита, снижение веса тела или повышение не связанное с диетой; 4. снижение либидо; 5. запоры, сухость во рту; 6. головная боль и боль в различных частях тела; 7. жалобы на работу сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечной, мочеполовой, опорно-двигательной систем.

Умеренный депрессивный эпизод (F 32.1) проявляется более выраженными депрессивными симптомами.

Тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов (F32.2) характеризуется полным нарушением жизнедеятельности вследствие тяжелого депрессивного состояния, резкого угнетения настроения с чувством витальной тоски с оттенком физического страдания (предсердечная тоска, выраженная психомоторная заторможенность). Больные высказывают суицидальные мысли и совершают суицидальные поступки.

При тяжелом депрессивном эпизоде с психотическими симптомами (F32.3) отмечаются признаки тяжелой депрессии, в структуру которой включаются бредовые идеи греховности, отношения, преследования, ипохондрические. Могут наблюдаться слуховые, зрительные, тактильные и обонятельные галлюцинации.

В настоящее время в терапии БАР используется комплексный подход, включающий в себя применение стабилизаторов настроения, нейролептиков, антидепрессантов, а также

интенсивные психотерапевтические мероприятия (семейная терапия; групповая терапия; когнитивно-поведенческая терапия). К основным терапевтическим задачам следует отнести лечение текущего острого эпизода и обеспечение максимально возможной длительной ремиссии (прерывание цикличности процесса).

**У детей дошкольного возраста** не наблюдается клинически очерченных маниакальных эндогенных или депрессивных фаз, поэтому они частично родственниками и врачами не оцениваются адекватно. У детей ведущими являются соматические и вегетативные симптомы. Так, у детей при депрессиях нарушается сон и аппетит, возникает вялость, медлительность, капризность, пропадает интерес к игрушкам. У младших школьников снижается успеваемость, появляется заторможенность. Ребенок становится застенчивым, хмурым. Выглядит бледным, утомленным. Какой-либо соматической патологии не обнаруживается. Маниакальные состояния проявляются в излишней активности, нарушении поведения. Ребенок говорлив, постоянно смеется, лицо гиперемировано, глаза блестят. Маниакальные состояния более заметны, чем депрессивные.

**В подростковом возрасте** клинические проявления заболевания приобретают типичные для него признаки, но наряду с чувством тоски, грусти, подавленности, у подростков появляются угрюмо, дисфорическое настроение, конфликтные отношения с близкими и сверстниками, мысли о собственной малоценности, суицидальные поступки. Маниакальные состояния у подростков нередко выражаются психопатоподобными формами поведения: нарушениями школьной дисциплины, алкоголизацией, правонарушениями, агрессией. Эти расстройства маскируют фазу маниакально-депрессивного психоза.

Биполярное аффективное расстройство следует дифференцировать с шизоаффективной формой шизофрении. В отличие от БАР при шизофрении имеют место паралогичность и расщепленность мышления, аутизм, эмоциональное оскудение, изменения личности по выходу из психоза.

При соматогенных, инфекционных, органических психозах больные астеничны, легко истощаются, нередко синдромы нарушения сознания, интеллектуально-мнестические расстройства. Реактивная депрессия в отличие от эндогенной развивается после психотравмирующих факторов, в переживаниях больных они находят отражение. Эндогенная депрессия часто носит сезонный характер, во время приступов выражены суточные колебания настроения (в утренние часы депрессия наиболее выражена, к вечеру состояние улучшается). Наличие сезонности возникновения, суточных колебаний, симптомов симпатикотонии (триады Протопопова), отсутствие изменения личности даже после многократных приступов болезни будет свидетельствовать в пользу маниакально-депрессивного психоза.

## **ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИИ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ**

Употребление и злоупотребление психоактивными веществами (алкоголем, наркотиками, токсическими веществами) значительно распространилось в последние годы во всем мире. Ежегодно увеличивается число больных с зависимостью от психоактивных веществ, сопровождающейся психическими и соматоневрологическими расстройствами, что приводит к значительным социально-экономическим и моральным потерям. Растет число потребителей алкоголя, наркотиков и психоактивных веществ среди подростков и даже детей.

**Психоактивные вещества** – это такие вещества, однократный прием которых вызывает различные субъективно приятные психические состояния: эйфорию, повышение активности, субъективное чувство комфорта, успокоение. При злоупотреблении психоактивными веществами возникает зависимость (психическая, а нередко и физическая). Длительное употребление этих веществ приводит к деградации личности,

снижению когнитивных способностей и, вследствие этого, нарушению социальной адаптации. Выделяют 3 группы психоактивных веществ: алкоголь, наркотики, токсические вещества, и соответственно злоупотребление ими с зависимостью называется алкоголизм, наркомания и токсикомания.

В международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ обозначается рубрикой F-1:

F-1×1 – употребление с вредными последствиями.

F-1×2 – синдром зависимости.

F-1×3 – синдром отмены.

F-1×4 – синдром отмены с делирием.

F-1×5 – психотическое расстройство.

F-1×6 – амнестический синдром.

F-1×7 – резидуальное состояние и психотические расстройства с отставленным дебютом.

F-10 – психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя.

F-11 – психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиатов.

F-12 – психические и поведенческие расстройства в результате употребления каннабиоидов.

F-13 – психические и поведенческие расстройства в результате употребления седативных или снотворных веществ.

F-14 – психические и поведенческие расстройства в результате употребления кокаина.

F-15 – психические и поведенческие расстройства в результате употребления других стимуляторов, включая кофеин.

F-16 – психические и поведенческие расстройства в результате употребления галлюциногенов.

F-17 – психические и поведенческие расстройства в результате употребления табака.

F-18 – психические и поведенческие расстройства в результате употребления летучих растворителей.

### **Алкоголизм**

**Алкоголь** – наиболее часто используемое психоактивное вещество. *Алкоголизм* – хроническое психическое заболевание, вызванное злоупотреблением спиртными напитками, характеризующееся патологическим влечением к алкоголю и возникновением физических и психических нарушений и зависимости.

По данным ВОЗ в мире 120 млн. больных с алкогольной зависимостью, а показатель распространенности алкоголизма 2%. В последние годы отмечается четкая тенденция роста пьянства и алкоголизма во многих промышленно развитых странах, где число алкоголиков составляет 7-10% в популяции. Проблема алкоголизма является одной из основных в мире.

Оказывая биполярное действие, спиртные напитки вызывают эйфорию и снимают эмоциональное напряжение. При повторных приемах алкоголя условнорефлекторно закрепляется стремление снимать им эмоциональное напряжение, и прием спиртных напитков превращается в привычку. Этому способствует еще и то, что острота конфликта, вызвавшего напряжение, снимается не только на период действия алкоголя, но и на некоторый период времени после него. Кроме того, алкоголь является к сожалению “социальным катализатором”, облегчающим межличностное общение, а степень алкоголизации общества зависит от экономических, социальных отношений в нем. Социально-психологическая функция алкоголя сводится к иллюзорному улучшению удовлетворения личностных потребностей. Наибольший пик употребления спиртных напитков приходится на возраст 20-40 лет.

### **Классификация алкогольных психических расстройств.**

I. Острая алкогольная интоксикация

1. простое алкогольное опьянение

- 2. патологическое опьянение
- II. Бытовое пьянство
- III. Хронический алкоголизм
- IV. Металкогольные психозы.

**Острая алкогольная интоксикация (алкогольное опьянение)** – симптомокомплексы психических, вегетативных и неврологических нарушений, обусловленных действием алкоголя. Алкоголь легко проходит через биологические мембраны, смешиваясь с водой и легко растворяясь в жировых растворах. Всасывание его в кровь начинается уже в полости рта, еще быстрее происходит в желудке и кишечнике, с кровью алкоголь распространяется по всему организму.

**Простое алкогольное опьянение** – самый частый вид острой алкогольной интоксикации. Степень выраженности и формы психических, неврологических и вегетативных нарушений при этом зависит от дозы принятого спиртного, пола, возраста, соматического состояния, психологических особенностей личности, ее эмоционального состояния, крепости напитка и формы его приема. Разделяют 3 степени тяжести алкогольного опьянения:

Легкая степень простого алкогольного опьянения возникает при концентрации алкоголя в крови от 20 до 100 ммоль/л (20-100 мг алкоголя на 100 мг крови) и характеризуется снижением активного торможения. Появляются ощущения психического и физического комфорта. Настроение повышается, люди испытывают желание много говорить, чувствуют бодрость и прилив сил, облегчаются социальные контакты. Личности застенчивые, малообщительные в этом состоянии легче заводят разговоры с незнакомыми, шутят, смеются. Неприятности переживаются легче, спокойнее. Субъективно человек в состоянии легкого опьянения чувствует подъем работоспособности, однако это ощущение обманчиво, т.к. внимание не концентрируется, легко отвлекается, темп мышления ускоряется, но ассоциации поверхностны. Снижается объем и качество выполняемой работы, возрастает число ошибок. При этом существенно снижается критическая оценка своего состояния.

Средняя степень простого алкогольного опьянения наступает при концентрации алкоголя в крови от 100 до 250 ммоль/л и характеризуется снижением процесса возбуждения. Изменяется настроение: появляется чрезмерная обидчивость, раздражительность, неудовлетворенность происходящим, что определяет высказывания и поступки пьяного. Снижается возможность правильно оценивать происходящее, это приводит нередко к неблагоприятным, а порой и противоправным действиям. Замедляется процесс мышления, суждения становятся плоскими, речь смазанной с персеверациями, опьяневшему трудно подбирать слова, появляется дизартрия. Повышается порог слухового восприятия, поэтому речь становится громкой. Внимание трудно переключается, грубо нарушается почерк, возникает атаксия, движения становятся некоординированными, ослабляется болевая и температурная чувствительность. Гиперемия лица сменяется цианозом, бледностью. У некоторых возникает тошнота, рвота.

Средняя степень опьянения заканчивается глубоким сном, с последующей астенией.

Тяжелая степень простого алкогольного опьянения. Развивается при концентрации алкоголя в крови от 250 до 400 ммоль/л и проявляется угнетением сознания от оглушенности, сомноленции до комы. Выражены неврологические нарушения, атаксия, мышечная атония, дизартрия, амимия. Возникают вестибулярные расстройства: тошнота, рвота, головокружение, ощущение звона в ушах. Снижается острота зрения, нарушается ориентировка в месте. Появляются психосенсорные расстройства, иллюзии. Слабеет сердечная деятельность, снижается артериальное давление, температура тела. Утрачивается интерес к окружающим. Опьяневший выглядит сонливым и вскоре засыпает наркотическим сном, иногда в неудобных позах и неподходящих местах. При концентрации алкоголя в крови до 700 ммоль/л может наступить смерть от паралича дыхания.

**Патологическое опьянение** является острым психотическим состоянием, возникающим после приема различных доз алкоголя (от 300-500 мл до 50-150 мл в пересчете на 40° напитки), представляющим собой своеобразную идиосинкразию к алкоголю. В американской литературе это состояние называется алкогольным идиосинкратическим опьянением.

Патологическое опьянение возникает внезапно. Опьяневший неожиданно становится тревожным, растерянным, отрешенным от внешнего мира, движения его четкие, быстрые, высказывания угрожающего характера. Переживания больного обнаруживаются в скудных репликах, напряженной манере держаться, имеющих защитную направленность.

Внезапно развивается сумеречное состояние сознания, качественно отличающееся от оглушенности при простом опьянении. Изменяется восприятие окружающего, которое приобретает угрожающий характер, это вызывает растерянность, тревогу, страх, ужас. У больных сохраняется способность осуществлять довольно сложные целенаправленные действия. При этом они дезориентированы, действуют в одиночку. Речевая продукция скудна и отражает тематику болезненных переживаний, они чаще отрывочны, нелепы, нестойкие.

Совершаемые в состоянии патологического опьянения общественно опасные действия не являются, реакцией на какие-то реальные мотивы и действительные обстоятельства. В их основе лежат болезненные импульсы, побуждения, представления. Действия имеют, как правило, защитный характер для больного и направлены на устранение мнимой опасности.

При патологическом опьянении не страдают механизмы, регулирующие сложные автоматизированные действия, равновесие и другие моторные процессы, что способствует совершению сложных и быстрых движений, с последующей полной или частичной амнезией. Ведущими в клинической картине патологического опьянения является искаженное восприятие действительности с заполнением сознания болезненными, бредовыми переживаниями с напряженностью, страхом, тревогой.

Согласно критериям МКБ-10 состояние острой алкогольной интоксикации должно соответствовать следующим критериям: 1) наличие не менее одного из следующих поведенческих и когнитивных нарушений: а) расторможенность, б) конфликтность, в) агрессивность, г) аффективная лабильность, д) нарушение концентрации внимания, е) сужение мыслительных возможностей, ж) снижение умственной и производственной продуктивности; 2) наличие не менее одного из следующих неврологических нарушений: а) шаткость походки, б) отрицательная проба Ромберга, в) признаки дизартрии, г) нистагм, д) нарушения сознания (например, сомнолентность, кома). Однако одни клинические данные не всегда позволяют сделать заключения о существовании и степени острой алкогольной интоксикации. В экспертной практике широко используются качественные пробы на содержание алкоголя в выдыхаемом воздухе

Существует ряд методов определения алкоголя в крови, наиболее точным и чувствительным является метод газожидкостной хроматографии.

Лечение острой алкогольной интоксикации заключается в: промывании желудка, введении п/к 0,25-0,5 мл раствора солянокислого апоморфина для вызывания рвоты, катетеризации мочевого пузыря в случае задержки мочеиспускания. В коматозном состоянии – введение сердечных препаратов, в/в по 100 мг пиридоксина (витамина В6), до 1000 мл физиологического раствора с 40% глюкозой. При сильном двигательном возбуждении рекомендуется витамин В12 по 50-100 мг, барбитураты противопоказаны. В случаях тяжелой комы – венепункция с изъятием до 200 мл крови, п/к физиологический раствор – 800-1000 мл. При асфиксии – вдыхание кислорода, искусственное дыхание, цититон (1мл 0,15% раствора в/в), лобелин (п/к 1мл 1% раствора), вдыхание смеси 90% кислорода и 10% углекислого газа. Рекомендуется общее и местное согревание. При

легкой и средней степени опьянения – внутрь 10-15 капель нашатырного спирта на 100 мл воды.

### **Алкогольный делирий (белая горячка, delirium tremens)**

Наиболее частый металкогольный психоз (до 75% всех случаев психозов) всегда как тяжелое проявление синдрома отмены. Белая горячка обычно возникает через 3-7 дней после прекращения приёма спиртного или резкого снижения дозы у больных, злоупотребляющих в течении 5-15 лет в возрасте 30-40 лет. В продромальной стадии, которая может длиться от нескольких дней до нескольких месяцев, наблюдаются расстройства сна с частыми пробуждениями, кошмарными сновидениями, страхами, сердцебиением, потливостью. Днём обычно у больных астения с тревогой и беспокойством. Классический вариант алкогольного делирия характеризуется рядом последовательных стадий.

В первой стадии к вечеру и особенно к ночи у больных повышается общее беспокойство, они становятся настороженными, непоседливыми, говорливыми, причём речь их недостаточно последовательна. Появляются различные образные воспоминания и представления. Возникает гиперестезия, чаще тактильная, когда больные вздрагивают от лёгкого прикосновения. Настроение изменчиво: преимущественно от страха, тревоги до эйфории. В ряде случаев возникают вербальные галлюцинации. В последующем появляются зрительные иллюзии от немногочисленных до парейдолий, иногда больные видят “кино на стене”. При закрывании глаз могут возникать гипнагогические галлюцинации, сопровождающиеся страхами.

В развёрнутой стадии делирия развивается полная бессонница, нарушается ориентировка во времени, окружающих лицах, при сохранности ориентировки в собственной личности. Возникают истинные галлюцинации в виде множества подвижных насекомых, мелких животных, змей, значительно реже крупных фантастических животных либо человекообразных существ, иногда больные видят проволоку, паутину, верёвку. Зрительные галлюцинации изменяются в размерах, то приближаются, то удаляются. При углублении расстройства сознания появляются слуховые, обонятельные, тактильные галлюцинации. Нередки нарушения схемы тела, изменяется положение его в пространстве. Больные часто высказывают отрывочные бредовые идеи преследования, ревности, отличающиеся конкретностью и несистематизированностью. Тематика бредовых высказываний, а также эмоции соответствуют содержанию галлюцинаций. Обычно эмоциональное состояние изменчиво – от страха, недоумения до весёлости. Как правило, делирий сопровождается двигательным возбуждением с суетливой деловитостью, бегством, стремлением спрятаться. Больные чрезвычайно отвлекаемы, их речь состоит из отрывчатых коротких фраз или отдельных слов. Болезненные симптомы усиливаются обычно к ночи. Алкогольный делирий сопровождается неврологическими и соматическими симптомами: атаксия, тремор рук, головы, гиперрефлексия, мышечная гипотония, гипергидроз, гиперемия кожных покровов, тахикардия, колебания АД, субфибрилетет, одышка, желтушность склер, в крови лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Длительность белой горячки от 3-х дней до недели. Выздоровление обычно наступает критически после глубокого продолжительного сна. У больных сохраняются воспоминания о болезненных переживаниях, собственное же поведение и происходящие вокруг него события обычно амнезируются. После острого периода в течении нескольких дней наблюдается астеническое состояние.

### **Особенности подростково-юношеского алкоголизма**

Алкоголизм может формироваться в подростковом (14-18 лет) или юношеском возрасте (18-20 лет). Клинические проявления, течение и исходы раннего алкоголизма по мнению многих исследователей отличается злокачественностью. У подростков и юношей повышена чувствительность к спиртному, они пьянеют от меньших доз по сравнению с

взрослыми, у подростков более выражена эйфория, сопровождающаяся нецеленаправленной гиперактивностью, быстро снижается контроль за дозой спиртного, а также социальный контроль, они употребляют преимущественно крепленые вина. В подростковом возрасте зависимость от спиртных напитков формируется за 2-4 года. Патологическое влечение к алкоголю возникает за 1-1,5 года от начала злоупотребления. Влечение к алкоголю формируется тем быстрее, чем раньше начато его употребление, причем часто подростки не осознают возникающее влечение. О неосознанном влечении свидетельствует оживленность больных при упоминании о выпивках, они охотно сообщают различные подробности выпивок, проявляют большую активность в стремлении добыть спиртное. Чем моложе больной, тем раньше влечение становится неодолимым, а эпизодическое пьянство кратковременно и быстро становится регулярным. По мнению некоторых исследователей этап бытового пьянства у них практически отсутствует.

Основным признаком первой стадии алкоголизма у подростков является формирование индивидуальной психической зависимости. Выпивка становится главным в жизни подростка, у него исчезают другие интересы. Подростки забрасывают учебу, не стесняются появляться в пьяном виде в общественных местах, могут добывать спиртное незаконным путем. Они начинают пить несколько раз в неделю, независимо от того, есть ли компания собутыльников. Спиртное становится средством, необходимым для поддержания оптимального самочувствия. Быстро возрастает толерантность к спиртным напиткам, исчезает защитный рвотный рефлекс на передозировку, более слабые напитки заменяются более крепкими. У подростков в 1-й стадии алкоголизма нередко наблюдаются признаки, которые обычно характерны для 2-й стадии у взрослых больных: палимпсесты, изменение картины опьянения, выраженные соматические нарушения.

Сформировавшаяся физическая зависимость от алкоголя является признаком 2-й стадии подросткового алкоголизма. Абстинентный синдром проявляется вегетативными симптомами с астенией, разбитостью, головной болью, диспептическими явлениями, анорексией, бессонницей. Психические признаки абстиненции выражены слабее. Чаще всего наблюдаются субдепрессивные состояния. Неврологические симптомы, в частности тремор, отсутствуют. Явления абстиненции продолжаются от нескольких часов до 3-5 дней, но в последующем до 2 месяцев сохраняется сильное патологическое влечение к алкоголю, которое подчиняет себе поведение больных. У них довольно быстро формируется деградация личности и грубая социальная дезадаптация. Подростки обычно оставляют учебу, проводят время в асоциальных компаниях, их легко привлечь к различным криминальным поступкам, многие совершают суициды. При подростковой и юношеской алкоголизации преобладает поражение эмоционально-волевой сферы.

Металкогольные психозы при подростковом алкоголизме встречаются редко и отличаются рудиментарностью. Смертность от алкоголизма у молодежи выше, чем в других возрастных группах. Среди причин смерти на первом месте суициды, на втором – различные болезни. Основные особенности алкоголизма у подростков и юношей – это ускоренное развитие болезни, недостаточная выраженность симптоматики, трудность в разграничении стадии заболевания, быстрое развитие деградации личности, приводящей к социальной дезадаптации больных.

### **Наркомании**

Наркомании это заболевания, вызванные употреблением веществ, включенных в государственный список наркотиков, проявляющихся психической, а иногда и физической зависимостью от этих веществ, толерантностью к ним и выраженными медико-социальными неблагоприятными последствиями. В отечественной наркологии принято к наркотикам относить только те вещества, которые включены в официальный список наркотиков, утвержденный Министром здравоохранения Украины. Термин “наркотическое вещество” включает в себя 3 критерия: медицинский, социальный и

юридический. Медицинский критерий означает, что данное вещество оказывает на ЦНС такое действие (стимулирующее, седативное, галлюциногенное и др.), которое может быть причиной его немедицинского применения. Социальный критерий – немедицинский прием этого вещества получает такое распространение, что создает социальную опасность. Юридический критерий обусловлен первыми двумя и требует включения этого вещества в список наркотических средств. Наркотическим признается только вещество, соответствующее всем этим трем критериям. Отсутствие хотя бы одного из критериев исключает отнесение данного вещества к наркотикам, даже если злоупотребление им приводит к возникновению зависимости и другим вредным последствиям. В отечественной наркологии злоупотребление веществами, не внесенными в список наркотиков, определяется как токсикомания. С клинической и медицинской стороны подход к больным наркоманиями и токсикоманиями, а так же принципы их терапии идентичны. Различия определяются юридическим критерием, который отсутствует при токсикоманиях.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) “наркотизация” населения всего земного шара продолжает расти: только по официальным данным в мире насчитывается свыше 1 миллиарда людей, употребляющих психоактивные вещества, среди них – 50 млн. наркоманов; по данным европейского бюро ВОЗ в Европе почти 16 миллионов наркоманов. В Докладе по наркотическим средствам экономического и социального советов ООН (1995) отражена ситуация распространения психоактивных веществ в мире и частота наркоманий и токсикоманий. Отмечается общий рост производства незаконных наркотиков, что расширило их рынки сбыта и сделало их доступными для новых групп населения. Исчезли различия между странами-производителями и странами-потребителями наркотиков, увеличились распространения инъекционных форм потребления наркотиков, что способствует заболеваемости СПИДом. Во всем мире прослеживается тенденция роста изготовления и использования веществ, стимулирующих ЦНС и галлюциногенов, причем это особенно проявляется в Центральной и Западной Европе. Четко прослеживается рост абсолютного числа наркоманов, а также случаев первичного злоупотребления героином и амфетаминами.

Клинические проявления и особенности течения наркоманий определяются стадией наркомании и видом наркотика. Наркотическое “опьянение” характеризуется субъективно положительными для данного человека переживаниями: улучшается настроение, оно становится безмятежным, благодушным без реального улучшения ситуации. Проблемы на время дезактуализируются, но не устраняются. Такое субъективно приятное действие наркотик оказывает только в начале болезни, а в последующем наркотик принимается только для предотвращения абстиненции, восстановления и повышения работоспособности. Каждый наркотик вызывает характерное для него состояние интоксикации, которое часто сопровождается нарушением сознания, мышления, восприятия. Первые приемы наркотика иногда вызывают защитные реакции организма в виде зуда, тошноты, рвоты, головокружения, профузного пота, которые исчезают при последующих приемах. Острая наркотическая интоксикация зависит от способа введения наркотика, внешнего вмешательства, соматического и психического состояния принявшего наркотик.

Злоупотребление наркотиками без зависимости от них не является наркоманией и в отечественной наркологии определяется как аддиктивное поведение – это злоупотребление различными веществами, изменяющими психическое состояние, до того, как сформировалась зависимость от них.

Клиника наркоманий представлена в основном в виде 3-х основных синдромов: психическая зависимость, физическая зависимость и толерантность к наркотику.

**Психическая зависимость** характеризуется патологическим стремлением постоянно или периодически принимать наркотик. Она развивается во всех случаях систематического приема наркотиков, но иногда может возникнуть уже после первой пробы наркотика.

Больной стремится принимать наркотик, чтобы испытать приятные ощущения или снять явления дискомфорта. Влечение к наркотику может быть обсессивным или компульсивным. При обсессивном влечении у больного постоянно мысли о наркотике, сопровождающиеся оживлением, подъемом настроения в предвкушении его приема и подавленностью, неудовлетворенностью при его отсутствии. Компульсивное влечение характеризуется неодолимым стремлением к наркотику, определяет поведение больного, мотивы его действий при полном отсутствии критики. Компульсивное влечение может возникнуть при абстиненции или на высоте интоксикации, в последнем случае может произойти передозировка наркотиком.

**Физическая зависимость** – состояние перестройки всех функций организма в ответ на хроническое употребление наркотиков, проявляющееся грубыми психическими и соматическими нарушениями при прекращении действия наркотика. Возникает абстинентный синдром, который облегчается или купируется полностью очередным введением наркотика. Клинические проявления, сроки формирования, продолжительность абстиненции различны при разных видах наркоманий. Следует отметить, что физическая зависимость возникает при хроническом употреблении не всех наркотиков.

**Толерантность** – это состояние адаптации к наркотикам, проявляющееся постоянным снижением реакции на прием обычных доз его. В процессе развития болезни происходит рост толерантности, когда организм наркомана может переносить дозы наркотика, превышающие в несколько раз терапевтические и даже смертельные. Повышение толерантности ведет к увеличению доз и частоты приема наркотиков. На определенном этапе болезни толерантность достигает максимума и остается длительное время постоянной. В дальнейшем происходит снижение толерантности, и прием привычных доз приводит к передозировке, нередко с летальным исходом.

В течении наркоманий выделяют 3 стадии. В начале происходит эпизодический прием наркотиков, когда еще нет определенного ритма наркотизации и изменения толерантности. Постепенно, а иногда после первого приема наркотика, формируется психическая зависимость, наркотики употребляются уже регулярно, толерантность к ним возрастает – это начальная I стадия наркомании. II (развернутая) стадия характеризуется дальнейшим ростом толерантности до максимума, изменяется характер наркотического опьянения, появляется физическая зависимость. III (конечная) стадия – падает толерантность, полностью исчезают позитивные переживания после приема наркотика, развиваются грубые соматоневрологические нарушения.

#### **Классификация наркоманий.**

I. Опиная наркомания

II. Канабиоидная наркомания

III. Наркомания, вызванная злоупотреблением барбитуратами

IV. Наркомания, вызванная злоупотреблением психостимуляторами

1 амфетаминовая наркомания;

2 злоупотребление кустарными препаратами, препаратами эфедрина и эфедриносодержащих смесей;

3 кокаиновая наркомания;

V. Наркомания, вызванная злоупотреблением галлюциногенами:

1 мескалина и псилоцибина;

2 ЛСД;

3 фенциклидина

VI. Полинаркомании, осложненные наркомании.

**Опиная наркомания** возникает при злоупотреблении опиатами – наркотическими анальгетиками, получаемыми из снотворного мака, а также синтетическим путем. Имеется около 20 видов алкалоидов, содержащихся в маке, наркотическим действием обладает фенантроновая их группа. К опиным наркотикам относятся: а) натуральные препараты (опий-сырец, млечный сок снотворного мака, маковая соломка, омнопон, чистые

алкалоиды опия – морфин, кодеин); б) синтетические (промедол, метадон, лидол); в) полусинтетические (героин). Наркотическое “опьянение” возникает при приеме даже небольших доз опийных препаратов. Появляется ощущение особого блаженства, радости, мысли текут быстро, все проблемы отступают на задний план. Первая фаза опийной интоксикации продолжается от 40 секунд до 1-3 минут. Во второй фазе интоксикации (“кайф”) появляется чувство восторга, радости и многие другие приятные ощущения, которые больные затрудняются описать словами: “это надо испытать самим, тогда вы поймете”. Мысли о неприятном “забываются”, проблемы исчезают, возникает чувство приятного покоя, расслабленности. По окончании 2-ой фазы интоксикации, длительность которой 10-30 минут, наступает поверхностный, прерывистый сон в течение 2-3 часов. При пробуждении – снижение настроения, общий психический дискомфорт.

Передозировка опийных препаратов представляет собой опасное для жизни состояние, сопровождается замедлением дыхания, гипотермией, гипотензией, брадикардией, сужением зрачков. Смерть обычно наступает вследствие остановки дыхания. Триада признаков: кома, зрачки в виде булавочной головки, затрудненное дыхание – свидетельствуют о передозировке опийных препаратов и требуют оказания экстренной медицинской помощи (введение антагонистов опиоидов, в частности налоксона, налорфина).

I стадия наркотической болезни характеризуется появлением психической зависимости, регулярным приемом наркотика, ростом толерантности. Рост толерантности происходит через 2 недели – 1.5 месяца после начала систематического приема наркотика. При отсутствии наркотика у больных снижается настроение, ухудшается психическое самочувствие.

II стадия болезни развивается через 3 недели – 2 месяца после начала систематического приема наркотика. Резко возрастает толерантность, достигая высоких цифр. Так, больной может принимать дозы опиатов в 200-300 раз превышающие терапевтические. Больные обычно знают свои предельные дозы, но при перерыве в приеме наркотика толерантность снижается и прием обычной для данного наркомана дозы приводит к передозировке. Для II стадии характерен абстинентный синдром, который развивается в течение нескольких часов после последнего приема наркотика и достигает максимума через 1.5-3 суток, наиболее острые его симптомы держатся до 10 дней, а резидуальные – дольше. Через 6-8 часов после последнего приема наркотика появляется раздражительность, тревога, дисфория, общее недомогание, слабость, зевота, слезотечение, насморк, чихание, зуд в носу, носоглотке, ощущение закладывания носа, повышенная перистальтика кишечника. Это состояние окружающие ошибочно могут расценить как респираторное заболевание. Уже в начале абстиненции наблюдается мидриаз, тахикардия, тремор, анорексия, отвращение к табачному дыму, нарушение сна вплоть до полной бессонницы. Затем появляется озноб, гипергидроз, неприятные болевые ощущения в мышцах, тело покрывается “гусиной кожей”. К концу 2-х суток возникают сильные боли в мышцах рук, ног, спины (“ломка” на сленге наркоманов), которые чрезвычайно мучительны для больного. Усиливается тревога, беспокойство, появляется дисфория, чувство безнадежности, бесперспективности и компульсивное влечение к наркотику. Больные не находят себе места, мечутся, стонут.

В III стадии исчезает эйфорический эффект наркотика и он вводится только для поддержания работоспособности и настроения. Толерантность к наркотику снижается. В состоянии абстиненции больные испытывают мышечный дискомфорт. У некоторых возникают опасные для жизни нарушения сердечно-сосудистой системы. Продолжительность абстинентного синдрома от 5-6 недель до нескольких месяцев.

Систематический прием опийных наркотиков приводит к грубым соматическим и психическим нарушениям. Больные выглядят старше своего возраста, кожа бледная, сухая с желтушностью, лицо морщинистое, волосы и ногти тонкие и ломкие, больные истощены, рано лысеют, часто выпадают все зубы. Вены утолщены, жгутообразные, с

многочисленными рубцами, иногда полностью облитерированы, очень часты флебиты. Развивается эмфизема легких, часты пневмонии, гепатиты, гломерулонефриты и полиневриты. Психические нарушения на начальных этапах выражаются астеническими симптомами, в поздней стадии заболевания больные становятся неработоспособными из-за грубой астении и анергии. У многих больных (чаще у употребляющих героин), формируются признаки интеллектуально-мнестического дефекта, не критичность, торпидность мышления, слабость внимания, поверхностность суждений, нарушения памяти. Их интересы сосредоточены только на способах добычи наркотика, они лживы, без чувства стыда, их не волнует потеря работы, семьи, собственного здоровья. Прогноз опийной наркомании неблагоприятен, выздоровление крайне редко и только у 1/5 больных может быть достигнута ремиссия.

### **Каннабиоидная наркомания**

Злоупотребление препаратами конопли является самой распространенной в мире формой наркомании, употребляют же эти препараты более 200 миллионов жителей земного шара. Наркотическим действием обладают психоактивные вещества, содержащиеся в конопле – каннабиноиды, наиболее активным из них является транс- $\Delta$ -9-тетрагидроканнабиол (ТГК), которым особенно богата индийская конопля.

Каннабиноиды употребляют с пищей, питьем, но чаще вдыхают при курении. Марихуану смешивают с табаком и готовят сигареты, которые длиннее обычных и сгорают косо (на сленге наркоманов – “косяк”). Употребление марихуаны часто начинается уже в старших классах школы.

По литературным данным больше всего лиц, пробовавших и употребляющих препараты конопли, в США, Австралии, Канаде, Норвегии. В странах СНГ примерно 2/3 наркоманов приобщение к наркотикам начинают с конопли.

В первые 5-10 минут после приема наркотика может возникнуть страх, тревога. Затем появляется эйфория с острым желанием бегать, танцевать, прыгать, ощущением тепла во всем теле, особой легкости, как бы утрачивается ощущение своего веса (“невесомость”). Движения воспринимаются свободными, не требующими усилия, координация их не нарушается. Неадекватная веселость сопровождается громким смехом по незначительному поводу. Если прием наркотика происходит в группе, то обычно смехом “заражается” вся компания, вследствие повышенной внушаемости. По этому же механизму группа может испытывать страх, тревогу, ужас. У многих возникают психосенсорные расстройства с явлениями дереализации и деперсонализации, когда изменяется восприятие окружающих предметов и времени. Нередко появляются макропсии, искажается восприятие формы предметов. Нарушается представление о времени и пространстве: течение времени то ускоряется, то замедляется; расстояние между предметами, а также между принявшим наркотик и окружающими представляется огромным, кажется, что рука никогда не дотянется до стакана, ступеньки лестницы “протянулись до неба”. Нарушается самосознание, происходит как бы раздвоение личности, когда с одной стороны воспринимается собственное “Я”, рядом с которым существует еще кто-то, который контролирует поступки первого, смеется над ним. Резко растормаживаются влечения, повышается аппетит, появляется гиперсексуальность, агрессивность.

Состояние опьянения сопровождается вегетативными нарушениями: гиперемия лица, мраморность кожи, бледный носогубный треугольник, тахикардия, сухость во рту, расширение зрачков, ослабление их реакции на свет, гиперемия склер. Длительность опьянения от 30 минут до 2-4 часов после марихуаны и до 5-12 часов – после приема гашиша. По выходе из интоксикации возникает резкое чувство голода, а в дальнейшем чувство усталости, сонливость. В течение нескольких часов от одежды курильщика исходит своеобразный сладковатый запах. Следующие 3-4 суток наблюдается астения с эмоциональной лабильностью, раздражительностью, сниженным настроением.

Эпизодическое курение препаратов конопли может быть достаточно длительным и не

вызывать психическую зависимость. У подростков вначале курение носит нерегулярный групповой характер, который сохраняется довольно долго. Психическая зависимость появляется через 2-3 года, при этом препарат принимается уже в одиночку. Более половины лиц, многократно и длительно принимавших гашиш, оставляют его, некоторые же переходят к другим наркотикам или к алкоголю. Гашиш нередко является входными воротами для других наркотиков. Психическая зависимость у лиц, употребляющих марихуану, развивается значительно медленнее, чем при курении гашиша.

I стадия наркомании характеризуется возникновением психической зависимости, курят наркотик уже в одиночку по 2-3 раза в день, все мысли заняты тем, как бы достать очередную дозу. При перерыве в приеме наркотика возникает вялость, сонливость, снижается настроение, появляется головная боль, неприятные ощущения в области сердца, раздражительность. Все эти неприятные ощущения исчезают после курения наркотика. На этой стадии в состоянии интоксикации больные не нуждаются в общении, посторонние начинают мешать эйфории. Они выглядят безразличными, безучастными, отрешенными от действительности, как бы переносятся в мир грез и фантазий, могут долго находиться в одной позе, не стремясь к общению, а на обращение отвечают с раздражением.

II стадия наркомании развивается при регулярном курении гашиша через 2-3 года. Появляется абстинентный синдром: недомогание, усталость, разбитость, отсутствие аппетита, тремор, потливость, сердцебиение, снижение настроения с раздражительностью, гневливостью, злобностью, тревогой, страхом. Характерны различные сенестопатии: стеснение и тяжесть в груди, затрудненное дыхание, сжимающие боли в сердце, ощущение сдавления головы, ощущение жжения и покалывания на коже и под кожей, иногда появляется бессонница. Все это сопровождается компульсивным влечением к наркотику. Максимального развития абстиненция достигает к 3-5 дню, а ее средняя продолжительность до 2-х недель. В этот период возрастает толерантность, увеличивается количество сигарет с гашишем от 2-3 до 4-5 и более, употребляются все более крепкие его сорта. Влечение к наркотику становится компульсивным.

В III стадии наркомании, которая развивается при хроническом употреблении гашиша, развивается психопатизация личности. Больные становятся вялыми, пассивными, безинициативными, угрюмыми, замкнутыми. У них снижена память, неустойчиво внимание. Утрачиваются морально-этические установки, появляется грубое нарушение поведения, нередко с антисоциальными поступками. В редких случаях описывается псевдопаралитический синдром. У гашишоманов нередко развивается рак легких, хронические бронхиты. У 15% многолетних курильщиков гашиша развиваются хронические психозы, сходные по клиническим проявлениям с параноидной шизофренией.

### **Наркомании, вызванные опиоидами**

Злоупотребление снотворными, внесенными в список наркотиков, относится к наркоманиям, злоупотребление другими снотворными – к токсикоманиям. Наркотиками являются производные барбитуровой кислоты – барбитал (веронал), фенбарбитал, барбамил, нембутал, из снотворных небарбитурового ряда – ноксирон. Злоупотребление снотворными может быть у больных, которые принимают их при нарушениях сна. Другая группа начинает принимать снотворные, чтобы испытать эйфорию. У пациентов с нарушениями сна различной этиологии снотворные купируют бессонницу, улучшают настроение, самочувствие. Длительный прием даже терапевтических доз приводит к развитию психической зависимости, когда пациент уверен, что без снотворных не сможет заснуть. Происходит постепенное увеличение дозы, необходимой для достижения снотворного эффекта, т.е. появляется толерантность. Сами пациенты не замечают возникновения зависимости, одним из признаков которой является прием снотворных днем, объясняя это тем, что препараты их успокаивают.

Если у больных, злоупотребляющих барбитуратами с целью купирования бессонницы,

потребность в увеличении дозы возникает через 6-12 месяцев, то у пациентов, стремящихся к эйфоризирующему эффекту барбитуратов, эта потребность при внутривенном введении препарата развивается через несколько дней непрерывного его употребления, а при пероральном приеме – через 1-1,5 месяца.

Больные, употребляющие снотворные с целью эйфории, обычно вводят их внутривенно в дозах, превышающих терапевтические в 2-3 раза. Постепенно у пациентов этой группы эйфоризирующий эффект снижается, развивается толерантность.

### **Наркомании, вызванные барбитуратами**

Острая интоксикация барбитуратами напоминает алкогольное опьянение: заторможенность, дискоординация движений, торпидность мышления, гипомнезия, замедление речи, нарушение критики, трудности в сосредоточении внимания, эмоциональная лабильность, растормаживание сексуальных и агрессивных импульсов, заострение личностных черт. Эти нарушения сопровождаются неврологической симптоматикой: нистагм, диплопия, атаксия, гипотония, неравномерность рефлексов. Барбитураты определяются в крови пациентов.

Через 2-3 года регулярного приема барбитуратов снижается потребность в увеличении дозы и происходит ее стабилизация, причем длительность периода стабилизации у больных, принимающих барбитураты для борьбы с бессонницей несколько лет, а у наркоманов, преследующих получение эффекта эйфории значительно меньше – 4-6 месяцев. В последующем происходит снижение дозы и в этот период у больных нередко развиваются передозировки и возникает состояние, опасное для жизни: головокружение, тошнота, рвота, профузный пот, икота, чувство дурноты, резь в глазах, слюнотечение. Затем развивается коматозное состояние, смерть наступает в результате остановки дыхания и сердечно-сосудистой недостаточности. Следует отметить, что при барбитуровой наркомании диапазон между наркотической и смертельной дозами невелик. Абстинентный синдром при барбитуровой наркомании возникает в течение первых 24 часов после отмены препаратов, достигает пика через 2-3 дня, а затем медленно регрессирует. К концу первых суток после отмены барбитуратов у наркоманов появляется тревога, раздражительность, обидчивость, слезливость. Ухудшается сон, больные спят не более 5-6 часов за ночь, сон сопровождается гипергидрозом, кошмарными сновидениями, на 2-3 сутки возникает бессонница, настроение еще более ухудшается, нередки дисфории. В этом состоянии больные совершают демонстративные суицидальные попытки. Развивается слабость, появляются неприятные ощущения в теле, боли в суставах, в подложечной области, тошнота, рвота. Типичен грубый тремор рук, языка, век, мышечные подергивания. АД становится неустойчивым, при резком его падении может быть летальный исход. Особую опасность представляют большие судорожные припадки, которые чаще возникают на 3-5 день абстиненции, иногда развивается эпилептический статус. На 3-8 день воздержания у ряда наркоманов развиваются психозы в виде делириозного синдрома, напоминающего алкогольный делирий, но отличающегося большей тревогой, злобностью и напряженностью. Абстинентный синдром при барбитуровой наркомании продолжается от 3 до 4-5 недель и является опасным для жизни состоянием. Это обуславливает необходимость постепенного уменьшения доз снотворных, а не одномоментную их отмену.

Хроническая интоксикация барбитуратами довольно быстро, в течение 4-5 лет, приводит к грубым нарушениям личности, формированию психопатоподобного органического дефекта. Специфичен внешний вид больных: цвет лица серо-зеленный, с сальным налетом, лицо пастозное с глубокими мимическими складками. Зрачки расширены, реакция их на свет ослаблена. Движения не координированы. Нарушается АД (повышается в состоянии абстиненции и снижается при интоксикации). Язык покрыт плотным грязно-коричневым налетом. Характерны неврологические нарушения: мелкоразмашистый тремор пальцев вытянутых рук, пошатывание в позе Ромберга, горизонтальный нистагм, отсутствие конвергенции. У ряда больных развиваются

полиневриты, анемия, агранулоцитоз.

### **Наркомании, вызванные злоупотреблением психостимуляторами**

Психостимуляторы действуют возбуждающе на ЦНС, повышая активность, стремление к деятельности, снимая чувство усталости, создают ощущение бодрости, легкости движений, ясности ума и сообразительности, снимают сонливость. Они как бы включают потенциальные возможности деятельности, которые недоступны обычному волевому усилию. Наркогенной активностью обладают следующие психостимуляторы: амфетамины, препараты эфедрина и эфедриносодержащих смесей, кокаин.

**Амфетаминовая наркомания** сейчас особенно распространена среди молодежи. Наиболее известные амфетамины: сульфат амфетамина – фенамин, декстроамфетамин (декседрин), метамфетамин (метедрин), метилфенидат (риталин). Амфетамины принимают внутрь и вводят внутривенно.

Острая интоксикация амфетамином проявляется подъемом настроения, физической бодростью, ускорением мышления, повышенным стремлением к деятельности, общению, многоречивостью. Это состояние внешне напоминает гипоманиакальный синдром, и оно обычно развивается у лиц, принимающих амфетамины эпизодически в дозе 5 мг препарата.

При регулярном приеме амфетамина стимулирующий эффект слабеет и для его достижения необходимо увеличение дозы. Толерантность возрастает уже после первых недель злоупотребления, больные вынуждены вводить препарат несколько раз в день. При систематическом приеме, амфетамина быстро развивается физическая зависимость и внезапный перерыв в приеме наркотика приводит к развитию абстинентного синдрома. При этом больные испытывают чувство сильной усталости, разбитости, сонливость днем и бессонницу ночью. Изменяется настроение, у одних больных преобладают астено-депрессивные синдромы с идеями самообвинения и суицидальными попытками, у других – раздражительность, тревожность, злобность, истеричность. Абстинентный синдром достигает максимума к 2-4 дню и продолжается до 2-3 недель. Иногда в состоянии абстиненции развивается нарушение сознания по делириозному типу. Кроме того, описаны хронические амфетаминовые психозы, продолжительностью от 2-3 недель до нескольких месяцев.

Хроническое употребление амфетаминов приводит к дистрофии, авитаминозу, изъязвлению кожных покровов, нарушению сна, грубым вегето-сосудистым нарушениям. У амфетаминовых наркоманов развивается деградация личности.

В последнее время молодыми людьми, часто подростками, используется в качестве развлекательного наркотик экстази, который является 3,4 метилendioксиметамфетамином (МДМА). Экстази применяется как правило в таблетках на дискотеках, танцевальных вечерах с целью подъема активности. После приема таблетки экстази появляется ощущение всеобщего братства, интимной близости, любви к людям, особого блаженства, восторга, которые продолжаются 20-30 минут. В последующем развивается стимулирующий эффект: желание двигаться, танцевать, возникают иллюзии, сексуальное возбуждение, ускоренный поток мыслей, “мозг как бы в тумане”. В постинтоксикационном периоде – вялость, слабость, сонливость, сниженное настроение, затруднение в интеллектуальной деятельности, боли в мышцах. Регулярный прием экстази приводит к повышению толерантности, появляется необходимость принимать препарат ежедневно. Меняется картина опьянения, вместо эйфории появляется страх, раздражительность, описаны также зрительные галлюцинации и иллюзии, панические атаки, депрессивные и параноидные состояния. Прием экстази ведет к грубым нарушениям в печени, сердце, гипертермии с последующим тепловым ударом и летальным исходом, что противоречит бытующему мнению о том, что экстази – “безопасный” наркотик.

**Наркомании, вызванные кустарными препаратами эфедрина и эфедриносодержащими смесями (эфедриновая и первитиновая наркомании)** довольно

часты. *Эфедрин* (алкалоид, содержащийся в траве эфедры) действует возбуждающе на ЦНС. Наркоманы изготавливают кустарным способом с помощью перманганата калия и уксусной кислоты из эфедрина и эфедринсодержащих смесей самодельные препараты эфедрона и первитин, которые являются сильными психостимуляторами. Злоупотребление этими препаратами приводит к развитию марганцевой энцефалопатии.

При приеме эфедрона развивается эйфория со своеобразными психосенсорными расстройствами, появляется необычная легкость в теле, чувство шевеления волос на голове, чувство невесомости. Окружающие предметы кажутся сочно и ярко окрашенными. Возникают синэстезии: наряду со звуками, в глазах возникают радужные пятна. Появляется чувство собственной доброты, любви к людям, необычной ясности и четкости мыслей, повышается настроение, больные многоречивы не по существу. Исчезает аппетит, сон, задерживается мочеиспускание, появляется сердцебиение, сухость во рту. Это состояние интоксикации продолжается до 6-8 часов.

При первитиновом опьянении деперсонализационные расстройства выражены в большей степени. При приеме больших доз кустарных психостимуляторов у 1/3 наркоманов в состоянии интоксикации развиваются интоксикационные психозы в виде острого или рудиментарного параноида с бредом преследования, особого значения, вербальными и зрительными галлюцинациями. Психозы возникают обычно после многодневной наркотизации, когда дозы наркотика достигают величин максимально переносимых. В этих случаях после очередной инъекции наркотика вместо эйфории появляется страх, тревога, напряжение, ощущение надвигающейся опасности. Развивается слуховой галлюциноз или галлюцинаторно-параноидный синдром с бредом преследования, отношения, воздействия, иногда величия, сопровождающиеся выраженным двигательным возбуждением.

Длительность эпизодического злоупотребления эфедроном от 1-2 недель до 6 месяцев, обычно 2-4 месяца. Психическая зависимость формируется за 3-4 недели. При злоупотреблении первитином формирование психической зависимости происходит значительно быстрее – за 3-4 дня, а иногда этап эпизодического употребления первитина отсутствует и уже после первого введения начинается его регулярное потребление. Физическая зависимость к эфедрону формируется через 6-12 недель регулярной наркотизации, к первиту – через 2-3 недели. Абстинентный синдром развивается через 6-12 часов после эфедроновой интоксикации и через 18-20 часов – после первитиновой. Абстиненция характеризуется тремя группами нарушений: нарушение сна, аффективные расстройства и астения.

При злоупотреблении кустарными психостимуляторами быстро развивается психопатизация личности, наступает выраженное эмоциональное огрубение, снижение работоспособности, морально-этическое снижение. Постепенно нарастает снижение памяти и интеллекта. Характерен внешний вид больных: они истощены, кожа бледная с сероватым оттенком, развивается миокардиодистрофия, хронический гастрит, спастический энтероколит, у мужчин – импотенция, у женщин – аменорея.

Многовековой традицией ряда стран восточной Африки и Аравийского полуострова является жевание листьев ката (листья кустарника съедобного ката), который содержит несколько активных веществ, в том числе амфетаминоподобный катион и менее активный катин, который идентичен подавляющему аппетит Д-норпсевдоэфедрину – составной частью многих средств для похудения. Алкалоид катинон в последнее время внесен в список наркотических средств. При многолетнем жевании листьев ката возникает психическая зависимость, влечение к кату может быть сверхценно-доминирующим (чаще) и обсессивно-подобным. Абстиненция развивается у пожилых пациентов со стажем употребления ката 15-20 лет и характеризуется нерезко выраженными: миастенией, судорогами в икроножных мышцах, нарушениями сна, парестезиями, уменьшением перистальтики, снижением аппетита и сексуального влечения. У некоторых больных в состоянии абстиненции могут возникать психические нарушения в виде астено-

дисфорического, субпсихотического состояния с подозрительностью, настороженностью, сверхценными страхами и опасениями. Длительность абстинентного синдрома 1-2 недели. Хроническая катовая интоксикация проходит III стадии развития. В первой стадии выражена психическая зависимость, отсутствует абстиненция, устойчива толерантность. Во второй стадии периодически утрачивается количественный и ситуационный контроль потребления ката, изменяется форма опьянения (уменьшается период эйфории), медленно растет, достигая стабилизации, толерантность, развивается абстиненция, заостряются отрицательные черты характера, развиваются признаки социальной деградации. В третьей стадии нарушается ритуально-символическая манера потребления наркотика, выражена физическая зависимость, преобладают атипичные формы опьянения, жевание ката осуществляется для устранения астении, тревожности, снижается разовая и суточная доза, нарастает психопатизация и социальная деградация. При хронической катовой интоксикации часто развиваются психозы с широким диапазоном психопатологических синдромов: экзогенных, экзогенно-соматических и экзогенно-органических. Наиболее частым является параноидный синдром.

**Кокаиновая наркомания** известна уже давно. Кокаин – алкалоид (эфир бензойной кислоты), наркогенность которого определяется сильным стимулирующим действием. Кокаин выделен из листьев кустарника кока – растения, произрастающего в Боливии и Перу. Кокаин был выделен в 60-х годах XIX столетия и широко применялся для местной анестезии. Тогда же началось и злоупотребление кокаином. В настоящее время кокаиновая наркомания является серьезной медицинской и социальной проблемой для многих стран мира. Существуют различные способы потребления кокаина, наиболее распространен интраназальный.

Острая интоксикация кокаином проявляется подъемом настроения, чувством прилива энергии, повышенной бодрости, тенденцией к переоценке своей значимости, своих возможностей, расторможенностью, многоречивостью, гиперактивностью. Более выраженное кокаиновое опьянение сходно с маниакальным синдромом. При передозировке кокаина развивается психотическое опьянение со страхом, тревогой, растерянностью, зрительными, слуховыми и тактильными галлюцинациями: ощущение ползания насекомых по телу, которых больные ищут, ловят, расчесывая кожу до крови, им кажется, что окружающие хотят с ними расправиться, угрожают убийством.

Иногда вслед за интоксикацией или во время нее возникает кокаиновый делирий с наплывом ярких устрашающих зрительных, слуховых и тактильных галлюцинаций, которые больной принимает за реальность; кокаиновый онейроид с пассивным созерцанием сценподобных картин, кокаиновый параноид, когда внезапно возникает бред преследования или ревности с внешне упорядоченным поведением. Кокаиновый психоз обычно транзиторный и исчезает после окончания приема наркотика, но иногда продолжается несколько дней.

Эйфория, которая возникает при кокаиновой интоксикации, непродолжительна и сменяется противоположным состоянием – дисфорией с тревогой, разбитостью, раздражительностью, что вызывает необходимость вновь принимать кокаин. Если период посткокаиновой дисфории наблюдается более 24 часов, то это состояние расценивается как синдром абстиненции, который характеризуется депрессивно-дисфорическим настроением с умеренно выраженными вегетативными нарушениями и отдельными идеями отношения, преследования, суицидальными мыслями. В этом состоянии резко выражено компульсивное влечение к наркотику. Описанные нарушения достигают своего пика на 3-4 день воздержания и продолжаются от 10-14 дней до 1 месяца.

У этих пациентов постоянная выраженная психическая зависимость, которая развивается в разные сроки при разных способах введения препарата. При внутривенном введении или курении крэка она формируется через несколько недель, при интраназальном приеме через многие месяцы, при жевании листьев кока через годы.

Кокаин вызывает физическую зависимость, которая формируется у взрослых в течение 4-

х лет, а у подростков через 1,5 года злоупотребления. Кокаиновая наркомания приводит к изменению личности, снижению морально-этических эмоций, резко суживается круг интересов, ухудшается память, снижается интеллект. Больные часто оставляют работу, не заботятся о близких людях, ведут паразитический образ жизни. Они резко истощены из-за сниженного аппетита, цвет лица у них сероватый, слизистые оболочки сухие. При интраназальном приеме кокаина может быть некроз и прободение носовой перегородки, при внутривенном введении – нередко абсцессы. Грубо нарушается сон, он сопровождается кошмарными сновидениями.

### **Наркомании, вызванные галлюциногенами**

Злоупотребление галлюциногенами, психомиметическими и психодинамическими веществами, вызывающими галлюцинации и другие психические расстройства, известны более 2-х тысячелетий. Это группа наркотиков насчитывает более 100 природных и синтетических препаратов. Наркоманов привлекает необычность вызываемых ими переживаний, так индейские племена в Америке во время религиозных ритуалов использовали высушенные верхушки кактуса пейота, действующим началом которого является мескалин. У ацтеков тем же целям служил “божественный гриб” псилоцибе, действующее вещество которого названо псилоцибин. В середине XX столетия было синтезировано вещество, галлюциногенная активность которого в сотни раз превышала активность растительных препаратов. Это ЛСД – диэтиламид лизергиновой кислоты. Кроме ЛСД используются и другие синтетические галлюциногены – дипропилтриптамин (ДРТ), 3,4 метилendioксиметамфетамин (МДМА – экстази), фенциклидин, кетамин.

Галлюциногены вызывают растормаживание деятельности затылочных областей мозга и лимбических структур путем воздействия на метаболизм катехоламинов, допамина, ацетилхолина, серотонина и ГАМК. Все галлюциногены оказывают выраженное симпатомиметическое действие, проявляющееся тремором, тахикардией, гипертензией, потливостью, мидриазом, неотчетливостью зрения.

**Злоупотребление ЛСД (диэтиламид лизергиновой кислоты).** ЛСД бывает в виде порошка, раствора, капсул или пилюль, вещество не имеет ни вкуса, ни запаха, ни цвета, может быть растворен на куске сахара, куске промокательной бумаги. Чаще принимается внутрь, в единичных случаях вводится подкожно или внутривенно, иногда его курят, смешивая с табаком.

Действие ЛСД наступает уже при приеме 20-35 мг, но обычно употребляемая доза гораздо выше – 50-300 мг. Интоксикация ЛСД развивается через один час после его приема и продолжается до 8-12 часов. ЛСД вызывает грубые нарушения восприятия, эмоций и мышления. Чаще всего возникают зрительные галлюцинации, вначале в виде неясных контуров, геометрических фигур, ярких вспышек света. В последующем появляются истинные зрительные галлюцинации, нередко устрашающие. Одновременно наблюдаются слуховые и тактильные галлюцинации. Настроение больных меняется от эйфории, экстаза до тревоги, паники. Повышается внушаемость и чувствительность к раздражителям, необычайную насыщенность приобретают цвета, резко обостряется восприятие музыки, вкуса. Характерны синестезии, когда звуки воспринимаются окрашенными, а цвета звучат. Нарушается восприятие времени, оно как бы растягивается. Возникают деперсонализация и дереализация, расстройство схемы тела. Интоксикация ЛСД сопровождается ощущением работы своих внутренностей, сигналы от которых обычно не доходят до сознания. В памяти оживают события далекого прошлого, нередко раннего детства. Деперсонализация принимает своеобразные формы: возникает ощущение, что собственное “Я” отделяется от тела, появляется чувство, что пациент сходит с ума и уже никогда не будет здоровым. У многих людей, принимающих ЛСД возникает чувство глубокого понимания религиозных и философских идей, которое раньше им было недоступно. После этого остается ложное представление о повышении творческого потенциала собственной личности.

Галлюцинации и другие психические нарушения обуславливают поведение больных. Если

сохранена критика, то они только пассивно созерцают все происходящее с ними. Если интоксикация более глубокая, то критика к болезненным переживаниям совсем отсутствует и больные могут совершать агрессивные или аутоагрессивные действия. На высоте выраженной интоксикации развиваются психотические состояния с галлюцинаторно-параноидными или маниакально-параноидными синдромами, продолжительность которых незначительная – несколько дней, но бредовая интерпретация галлюцинаций сохраняется и после их исчезновения. В постинтоксикационном состоянии развивается тяжелая депрессия с ажитацией и суицидальными тенденциями продолжительностью от 1 до 7 суток.

Наиболее типичным осложнением у принимающих ЛСД является рецидив психических расстройств через некоторое время после приема наркотика. Это, так называемая “плохая экскурсия”, “скверное путешествие” (bad trip), напоминающая острую паническую реакцию на каннабис, которая сопровождается психотическими симптомами. Это состояние возникает у ¼ принимающих ЛСД, продолжается 8-12 часов, а иногда и дольше.

Другим типичным осложнением действия галлюциногенов является спонтанное транзитное повторно вызванное препаратом ощущение, которое появляется, когда субъект перед этим не принимал наркотик. В одних случаях развиваются галлюцинаторно-параноидные или депрессивные (с галлюцинациями) синдромы, в других – воспроизводятся отдельные фрагменты в виде элементарных зрительных галлюцинаций или иллюзий. В американской классификации эти нарушения называются “возвратная вспышка”, длительность их 24-48 часов, иногда дольше. У некоторых потребителей ЛСД развивается психическая зависимость в виде сильного влечения к повторному приему препарата. Толерантность развивается быстро, но также быстро исчезает (через 2-3 дня).

Физическая зависимость при употреблении ЛСД отсутствует. В литературе также нет отчетливых данных о значительных изменениях личности или затяжных психозах.

Злоупотребление фенциклидином (РСР). Фенциклидин с 70-х годов прошлого столетия использовался в качестве “уличного наркотика”, который на сленге наркоманов называется “ангельская пыль”, “кристалл”, “мир”, “супертравка”, “суперзерно”, “ракетное топливо”. Он вводится внутрь, внутривенно, при курении и в сочетании с другими наркотиками. Наиболее часто его впрыскивают в марихуановую сигарету или принимают внутрь. Препарат быстро всасывается в кровь и оказывает симпатомиметическое, холинергическое действие, вызывает реакцию серотониновой системы.

Психотические проявления развиваются уже при умеренной интоксикации. Это, как правило, помрачение сознания с галлюцинациями, бредом или маниакальное состояние с гиперактивностью, ускорением мышления, быстрой речью, грандиозными планами. Иногда во время острого психотического эпизода грубо нарушается поведение: больные рвут на себе одежду, мастурбируют, неопрятны, смеются или плачут. Эти периоды обычно забываются. Острый психотический эпизод продолжается от 24 часов до 1-го месяца. Возможен и рецидив психоза после прекращения приема наркотика, так называемая “возвратная вспышка” (flash back).

Толерантность к фенциклидину растет медленно, при регулярном его употреблении может развиваться психическая зависимость. Абстинентный синдром не развивается. В постинтоксикационном периоде появляется общее недомогание, слабость, сонливость, снижение настроения, парестезии, тремор, подергивание мышц лица. При хроническом употреблении наркотика развивается органический психосиндром с резким снижением памяти, нарушением внимания, невозможностью контролировать свои действия, нарушением когнитивной функции. При длительном воздержании от употребления наркотика происходит улучшение интеллектуальных способностей больных. При фенциклидиновой наркомании часты рецидивы болезни.

**Злоупотребление кетамином.** Кетамин применяется в медицинских целях в анестезиологии для кратковременного наркоза. Кетамин вызывает быстрый и

непродолжительный эффект, напоминающий эффект фенциклидина. Вводится внутримышечно и внутривенно в виде 5% раствора. Действие наркотика наступает через 15 минут после введения и продолжается до 3-х часов. У принявшего наркотик повышается настроение, появляется чувство необычного блаженства, особой легкости в теле, полета, безграничности окружающего пространства, возникают явления дереализации и деперсонализации, расстройство схемы тела. Зрительные галлюцинации необычно яркие, иногда устрашающего характера, которые вызывают не страх, а интерес у наркотизированных. На высоте интоксикации нарушается сознание с дезориентировкой, ощущением, что они в безграничном пространстве, общаются с Богом или дьяволом, могут слышать неземную музыку. При употреблении кетамина быстро развивается физическая зависимость, иногда уже после нескольких инъекций. Быстро растет толерантность, увеличиваются разовые дозы и кратность введения наркотика, у некоторых суточная доза достигает 1000-1500 мг кетамина. Абстинентный синдром при злоупотреблении кетамином не описан, но о физической зависимости свидетельствуют выраженное патологическое влечение к препарату, утяжеление постинтоксикационной симптоматики и частые рецидивы.

### **Токсикомании**

**Токсикомании** – заболевания, вызванные злоупотреблением веществами, не включенными в государственный список наркотиков, проявляющиеся психической (а иногда и физической) зависимостью от них. Основное различие между наркотиками и токсическими веществами заключается в отсутствии у последних юридического критерия. Однако с медицинской точки зрения подход к этим болезням и принципы их лечения одинаковы. Если злоупотребление веществом, не отнесенным к наркотикам, принимает большую распространенность, то это вещество может быть внесено в список наркотиков и заболевание, вызванное его злоупотреблением, будет называться наркоманией.

#### **Классификация токсикоманий**

- ✓ Токсикомании, обусловленные злоупотреблением транквилизаторами и снотворными
- ✓ Токсикомании, вызванные злоупотреблением психостимуляторами
- ✓ Токсикомании, вызванные злоупотреблением галлюциногенами:
- ✓ Злоупотребление атропиносодержащими средствами
- ✓ Злоупотребление антигистаминными препаратами
- ✓ Злоупотребление циклодолом
- ✓ Токсикомании, вызванные вдыханием летучих органических растворителей
- ✓ Никотиномания
- ✓ Политоксикомании
- ✓ Донозологические формы злоупотребления токсическими веществами, при которых еще не сформировалась зависимость от них, не являются болезненными состояниями и определяются как токсикоманическое поведение, эпизодическое употребление или аддиктивное поведение. Аддиктивным поведением (addiction – пагубная привычка, порочная склонность) называют злоупотребление различными веществами, изменяющими психическое состояние, до того, как сформировалась зависимость. В этом случае требуются скорее воспитательные меры или санкции, чем медицинские.

#### **Токсикомании, вызванные злоупотреблением транквилизаторами**

Злоупотребление транквилизаторами – одна из самых распространенных форм токсикоманий, т.к. они широко назначаются врачами всех специальностей, а нередко используются и без врачебного назначения. Наиболее токсикогенными являются бензодиазепиновые транквилизаторы, самая распространенная в мире группа препаратов. Наиболее часто злоупотребляют диазепамом (седуксен, реланиум, сибазон), лоразепамом (активан), нитразепамом (радедорм, зуноктин), феназепамом, альпрозоламом (ксанакс), клоназепамом, реже – хлордиазепоксидом (элениум).

Транквилизаторы принимают внутрь, внутривенно и внутримышечно. Они широко используются для лечения различных пограничных психических расстройств в общемедицинской практике. По данным Т.И. Каплан и Б.Д.Ж. Сэдок (1994) около 15 % населения США лечатся бензодиазепинами. Длительное применение бензодиазепинов ведет к развитию толерантности и абстинентного синдрома. Интоксикации, вызванные бензодиазепинами при пероральном их приеме наступает через 15-20 мин. Появляется головокружение, чувство покоя, улучшается настроение, все проблемы отступают на задний план. Развивается легкая оглушенность: переспрашивают вопросы, отвечают с задержкой, внимание привлекается с трудом, речь становится смазанной, походка неустойчивой. Прием очень больших доз препаратов вызывает сон, а в ряде случаев – сопор.

Абстиненция развивается при прекращении употребления после приема доз от 10-20 мг/сутки до 40 мг/сутки и длительностью приема в зависимости от дозы от 1 до 4 недель. Первые признаки абстиненции развиваются на 2-ой – 3-ий день после прекращения употребления. Длительное злоупотребление транквилизаторами ведет к формированию органического дефекта личности с интеллектуально-мнестическим снижением, вялостью, черствостью, грубостью, эгоистичностью, жестокостью по отношению к близким. Грубо нарушаются этические нормы поведения, резко падает работоспособность, лицо больного становится маскообразным, мимика бедной, речь и движения замедленны.

#### **Токсикомании, вызванные злоупотреблением психостимуляторами**

Кофеин содержится в продуктах питания и в напитках: кофе, чай, какао, шоколад, кола. В чашке кофе из зерен содержится 90 – 140 мг. кофеина, в чашке растворимого кофе – около 70 мг, в чае 30 – 80 мг. Кофеиновая интоксикация выражается гипоманиакальным состоянием: настроение становится эйфоричным, повышается активность, пациенты чувствуют прилив сил, энергии, окружающее воспринимается ярче, мысли текут быстро, ощущается улучшение интеллектуально-мнестических способностей, при этом усиливается перистальтика желудка, учащается сердцебиение, повышается артериальное давление. При передозировках кофеина (прием от 240 до 720 мг. препарата) развивается возбуждение, тревога, паническая атака, бессонница. Доза кофеина 20 г. считается летальной. В постинтоксикационном состоянии больные астеничны. Настроение у них неустойчиво.

При длительном злоупотреблении кофеином развивается абстинентный синдром, который обычно возникает через несколько часов после последнего приёма напитков, содержащих кофеин. Появляются сильные головные боли, не купирующиеся анальгетиками, мышечное напряжение, раздражительность, тревога, снижается настроение, больные испытывают чувство усталости, сонливости, сопровождающееся тремором. Злоупотребление чефиром (насыщенный чай) приводит к психопатизации с неустойчивостью настроения, эмоциональной несдержанностью, социальной дезадаптацией.

#### **Токсикомании, вызванные снотворными веществами**

Привыкание может возникать к снотворным не барбитурового ряда, которые длительно назначаются для лечения бессонницы вначале под контролем врача, а затем эти медикаменты принимаются больными без назначений врача. Постепенно возрастает доза, необходимая для получения терапевтического эффекта, которая достигает величин, превышающих значительно терапевтические.

Регулярный прием снотворных приводит к патологическому привыканию и увеличению разовой дозы. Возрастает психическая зависимость, больной считает, что без снотворного он не сможет спать. При прекращении приема снотворного через 20-24 часа развивается абстиненция с выраженными вегетативно-сосудистыми, неврологическими и психическими симптомами (раздражительность, злобность, тревожность, беспокойство, иногда эпилептиформные припадки). Хроническая интоксикация приводит к развитию психоорганического синдрома.

### **Токсикомании, вызванные злоупотреблением холинолитических препаратов**

Холинолитические препараты, используемые токсикоманами, представлены тремя группами: атропиносодержащие препараты (дурман, белладонна, астматол); антигистаминные средства (димедрол, пипольфен); антипаркинсонические препараты (циклодол). Прием холинолитиков приводит к возникновению галлюцинаций и других психических расстройств. Злоупотребление этими средствами распространено в основном среди подростков.

Злоупотребление атропиносодержащими препаратами. Этот вид токсикомании в настоящее время встречается довольно редко. Иногда используют семена ядовитого дикорастущего растения – дурмана, содержащих ряд алкалоидов, в том числе атропин. Употребление 15 – 25 семян дурмана вызывает делириозное состояние с метаморфопсиями, нарушением схемы тела, двигательным возбуждением, дурашливостью. Сомато-неврологическая симптоматика психоза проявляется гипертермией, гиперемией лица с точечными кровоизлияниями в области лба, цианозом губ, тахикардией, мидриазом, сухостью слизистых. Острый период продолжается до 1 суток.

В постинтоксикационном периоде наблюдается общая слабость, разбитость, головная боль, атактическая походка, дисфункция желудочно-кишечного тракта. В дальнейшем в течении нескольких суток по вечерам появляются немотивированный страх, тревога, суетливость, сон становится поверхностным.

Антихолинергические галлюциногены. Атропин и скополамин в малых дозах применяются в медицине, в высоких дозах производят галлюциногенный эффект. После их приема возникает сухость во рту, тахикардия, теряется четкость зрения, контроль над моторикой. К летальному исходу приводит угнетение дыхания, причем возникает это от доз, ненамного превышающих минимальную эффективную. В состоянии наркотического опьянения пациенты не ищут контакта с окружающими, они погружены в свои переживания, произносят бессвязные отрывочные фразы. При обращении к ним они могут описать свои переживания, но по выходе из этого состояния ничего о нем не помнят.

Злоупотребление антигистаминными препаратами. Чаще других используется токсикоманами димедрол, астматол. Прием больших доз димедрола приводит к развитию делирия. Зрительные галлюцинации, отличаются калейдоскопичностью и обычно реально отражают ситуацию, предшествующую интоксикации. На высоте болезненного состояния утрачивается критическое отношение к галлюцинациям, что может привести к опасным для самого пациента и окружающих действиям. В постделириозном периоде преобладают явления астении.

При астматоловом делирии больные дезориентированы в месте и времени, в страхе озираются по сторонам, к чему-то прислушиваются, что-то ищут в мебели, на полу. Почти недоступны контакту, произносят отрывочные фразы, свидетельствующие о галлюцинаторных переживаниях. Лицо гиперемировано, зрачки расширены, пульс учащен. По выходе из делирия, как правило, не сохраняются никакие воспоминания о болезненных переживаниях либо эти воспоминания отрывочны и смутны. В постделириозном периоде появляется адинамия, слабость, вялость, безучастность к окружающему, повышенная умственная утомляемость, невозможность концентрировать внимание.

Злоупотребление антипаркинсоническими препаратами. Антипаркинсоновые препараты (циклодол, ромпаркин, паркопан, артан) применяются широко при поражении экстрапирамидной системы в неврологии и психиатрии. При лечении психически больных большими дозами некоторых нейролептиков антипаркинсоновые препараты назначают для профилактики и купирования нейролептического синдрома. Токсикоманы используют преимущественно циклодол в сочетании с другими препаратами. Реже злоупотребление циклодолом носит изолированный характер, при этом формируется токсикомания с выраженной психической, физической зависимостью и толерантностью. Циклодоловая

токсикомания наблюдается преимущественно у подростков и молодых людей. Острая интоксикация циклодолом, который принимают по несколько десятков таблеток, проявляется 4-мя фазами: эйфорическая, суженого сознания, галлюцинаторная и фаза выхода.

При передозировке циклодола развивается циклодоловый делирий. Вначале появляются фрагментарные зрительные галлюцинации, к которым в последующем присоединяются бредовые идеи и сценopodobные галлюцинации. Основными симптомами циклодолового делирия являются нарушения ориентации в окружающем, устрашающие зрительные и слуховые галлюцинации с остро возникающим бредом преследования, отношения.

В течении циклодолового делирия наблюдаются светлые промежутки от нескольких минут до нескольких часов, когда сознание проясняется, галлюцинации прекращаются, но воспоминания о них сохраняются, которыми больные охотно делятся с окружающими и дают болезненным переживаниям критическую оценку. Токсикоманы вначале принимают 4-6 таблеток циклодола по 2 мг, при регулярном его приеме формируется патологическое влечение. После 10-15 кратного приема циклодола в дозе 1,5-2 мг развиваются характерные для токсикоманий колебания настроения от эйфории при интоксикации до подавленности при воздержании, растет толерантность. Абстинентный синдром развивается через 1-1,5 года после начала злоупотребления, явления абстиненции появляются через 24 часа после последнего приема препарата.

Уже на первых этапах наркотизации у больных, принимающих большие дозы циклодола (до 25-30 таблеток) нарушается память, внимание, снижается сообразительность, замедляется мышление, развиваются характерные неврологические симптомы: на фоне бледности лица губы становятся алыми, щеки розовыми, чаще эта окраска в форме бабочки. Появляется тремор пальцев, непроизвольные подрагивания отдельных мышечных групп, повышение мышечного тонуса, походка становится своеобразной – выпрямленная спина, отставленные ноги и руки, ходьба на выпрямленных ногах.

#### **Токсикомании, вызванные ингалянтами**

Ингалянты – летучие вещества, которые вдыхаются с целью токсического опьянения. В качестве ингалянтов широко используются средства бытовой и промышленной химии.

В 60-х годах прошлого столетия появились сообщения об использовании подростками различных летучих веществ, при вдыхании которых возникали состояния своеобразного опьянения. Вначале это было замечено в США и странах западной Европы, но вскоре это увлечение распространилось и в другие страны. Клиническая картина острой интоксикации при употреблении различных веществ, наряду с общими признаками имеет ряд различий. Эффект наступает через несколько секунд после начала вдыхания.

Опьянение парами бензина начинается с ощущения щекотания в носу, горле, кашля, покраснения лица, склер, появляется мидриаз, тахикардия, нистагм, речь становится дизартричной, движения некоординированными. В последующем развивается эйфория, не сопровождающаяся усилением двигательной активности. При прекращении вдыхания описанная симптоматика исчезает через 15-30 минут, появляется вялость, раздражительность, головная боль. При продолжении ингаляции развивается делириозное состояние со зрительными галлюцинациями устрашающего содержания, к которым присоединяются слуховые галлюцинации. Содержание галлюцинаций определяется тем, что больные ранее видели, слышали, читали. Нарушения восприятия сопровождаются страхом и одновременно заинтересованностью. Через 10-30 минут после прекращения вдыхания бензина сознание проясняется, галлюцинации исчезают, но появляется оглушенность, вслед за которой развивается адинамия, слабость, вялость, головные боли.

При ингаляции паров пятновыводителей, ацетона, нитрокрасок, клея вначале возникают головокружение, шум в голове, слезотечение, слюнотечение, першение в горле, двоение в глазах, тахикардия на фоне легкой оглушенности. Невозможно сосредоточить внимание, замедлены реакции на раздражители, расширяются зрачки, речь становится дизартричной, походка шаткой. При прекращении ингаляции состояние интоксикации продолжается 10-

15 минут, затем появляются слабость, чувство тяжести в голове, головная боль, сладковатый привкус во рту, жажда, тошнота, иногда – рвота. Постинтоксикационные нарушения продолжаются до 2 – 3 часов. Если вдыхание органических растворителей продолжается, то вслед за оглушенностью развивается двигательное беспокойство, а иногда – возбуждение. Появляется эйфория, психосенсорные расстройства в виде макро- и микроспий, дисморфоспий: предметы видятся измененными в размере, искаженной формы, изменяется тембр внешних звуков, услышанные слова и звуки многократно повторяются, как эхо. Затем (при продолжении ингаляции) нарушается ориентировка в окружающем, больные перестают воспринимать реальность. При закрытых глазах появляются яркие, образные, сценopodobные галлюцинации, которые с определенным сюжетом сменяют друг друга или картины не связаны между собой. Происходит переплетение реального с фантастическим: преобладают картины сказочного, приключенческого или эротического содержания, копирующие иногда сюжеты виденных фильмов, как бы проецирующиеся на экран.

При опьянении парами пятновыводителей вслед за эйфорией происходит визуализация представлений, все видения произвольно вызываются и отражают то, о чем больной слышал, видел, читал или фантазировал. Настроение зависит от содержания галлюцинаций и в этих случаях, как и при вдыхании паров бензина, даже те видения, которые вызывают страх, приятны.

У больных с резидуальными последствиями органического поражения головного мозга при продолжительной ингаляции развивается онейроидный вариант опьянения. Они отрешены от реальности, галлюцинации возникают не “по заказу”. Появляется наплыв ярких, грезopodobных видений сказочно-фантастического содержания, нередко возникает двойная ориентировка, когда больные видят себя участником галлюцинаторных картин, высказываются единичные бредовые идеи. Видения нередко напоминают мультипликационные фильмы и сопровождаются ощущением, что больному показывают кино, при этом он ощущает себя зрителем, а не участником видений. Обычно подростки стараются уединиться в места, где им никто не будет мешать и часами увлечены своими видениями. Если кто-нибудь мешает, препятствует продолжению ингаляций, это сразу вызывает злобу и агрессию у больных. Со стороны во время онейроидного состояния подростки выглядят оглушенными, оцепененными, голова их опущена, глаза полужакрыты, на лице застывшая улыбка, они не реагируют на обращение к ним. При тяжелом отравлении ацетоном онейроид переходит в сопорозное состояние и кому. Обычно больные помнят об онейроидных переживаниях и в течение нескольких дней часто возвращаются к этим воспоминаниям.

К вдыханию ингалянтов чаще прибегают мальчики в возрасте 9-15 лет. Начало злоупотребления обычно бывает групповым от нескольких человек до 2-3 десятков. Такие группы формируются либо в школе, либо по месту жительства подростков. Большая часть подростков в последующем прекращают злоупотребление ингалянтами, некоторые переходят к злоупотреблению алкоголем или другими токсическими веществами.

Этап эпизодического употребления продолжается 1 – 5 месяцев, иногда до 1 года. Постепенно формируется психическая зависимость, одним из основных диагностических признаков которой является переход от группового употребления ингалянтов к индивидуальному. Возрастает толерантность. Удлиняется время ингаляции (иногда много часов подряд), ингаляции повторяются ежедневно, по несколько раз в день. Подростки – токсикоманы не испытывают смущения, когда кто-то уличает их в злоупотреблении, наоборот проявляют злобную агрессию. Они уже не стремятся скрывать ингаляции от родителей. Возможность развития физической зависимости при злоупотреблении ингалянтами признается не всеми. Некоторые исследователи считают признаками физической зависимости вегетативные нарушения, а также депрессии с дисфориями в постинтоксикационном состоянии. Однако, большинство расценивают эти нарушения как проявления энцефалопатии.

При почти ежедневном употреблении ингалянтов на протяжении недель – месяцев развивается токсическая энцефалопатия и стойкий психоорганический синдром. Наиболее грубые проявления токсической энцефалопатии и психоорганического синдрома отмечаются при интоксикациях бензином, у этих же больных встречается поражение печени, почек, малокровие с лейкопенией. При злоупотреблении пятновыводителями часты хронические бронхиты.

### **Никотинизм (табачная зависимость)**

Курение табака может перерасти в токсикоманию. Согласно МКБ – 10 расстройства, связанные с употреблением табака (F 17) относятся к поведенческим и психическим расстройствам вследствие употребления психоактивных веществ (F 1).

В странах Запада курит половина мужчин и более трети женщин, половина курильщиков употребляет более 11 сигарет в день. Большинство курильщиков знают о вреде курения, но продолжают курить. Привычка курить прочно вошла в жизнь и быт многих людей, стала необходимой жизненной потребностью. Одной из основных причин начала курения является любопытство, желание узнать что-то новое, которое наиболее выражено в подростковом возрасте. Никотин и другие составные части табачного дыма легко всасываются в кровь и разносятся ею по всему организму. Через 2 – 3 мин. после вдыхания табачного дыма никотин оказывает действие на головной мозг, выражающееся в кратковременном повышении его активности, что субъективно воспринимается курильщиком как приток новых сил, своеобразное чувство приподнятости и успокоения. Это действие непродолжительно и вслед за ним вскоре активность и настроение снижаются и курящий стремится к следующей сигарете. При тяжелой степени интоксикации возникают нарушения, которые могут привести к летальному исходу. Более или менее легкую степень отравления испытывают практически все, начинающие курить. Организм как бы “возмущается” насилием над собою. Но так называемый негативный эффект первой сигареты, к сожалению, быстро исчезает и толерантность к никотину возрастает.

Никотин обладает высокой степенью наркогенности, что явствует хотя бы из следующего факта – 85% людей, выкуривавших первую сигарету, в последующем становятся курильщиками. Не у всех курильщиков вырабатывается зависимость. Наряду с так называемым страстным курением, выделяют умеренное курение и курение для снятия психического напряжения. Однако в 2-х последних случаях табачный дым вызывает такие же, но в меньшей степени выраженные патологические симптомы, как и у страстных курильщиков. Сила негативных ощущений зависит от индивидуальных особенностей организма и субъективного психологического настроения пациента. Исходя из многочисленных исследований отечественных и зарубежных ученых, можно говорить о психической и физической зависимости, вызываемой никотином. Явления абстиненции возникают через 1,5 – 2 часа после последней выкуренной сигареты.

Подавляющее большинство испытывает психическую зависимость, основным симптом которой – страстное желание закурить сигарету, а также напряженность и раздражительность. Предъявляются жалобы на то, что безумно хочется закурить; на тоску, раздражительность; плаксивость, чрезмерную обидчивость, вспыльчивость; вялость, апатию, угнетенное, “дурное настроение”, пустоту, неудовлетворенность; “голова ватная, не работает”; повышенную сонливость или наоборот, диссомнию. Могут быть множество других жалоб, в зависимости от индивидуальных особенностей психики пациента.

У курильщиков с явлениями зависимости чаще, чем у некурящих того же возраста, развивается астенический синдром, они быстрее утомляются, часто допускают ошибки при выполнении заданий требующих напряжения и внимания. По данным литературы для них характерна импульсивность поведения, более низкий уровень образования, тревожность, недоброжелательность по отношению к другим людям. Курильщики в отличие от некурящих, чаще разводятся или покидают семью, они более

экстравертированы, враждебны и более склонны к употреблению спиртных напитков. У курильщиков чаще возникают инсульты и инфаркты, в результате которых развиваются дефектно-органические психические нарушения вплоть до деменции. У курильщиков заметно снижается слух, нарушается ощущения вкуса. При курении табака возникают грубые расстройства во внутренних органах.

### **Особенности наркоманий и токсикоманий у подростков**

Первое знакомство с токсическими веществами и наркотиками чаще всего происходит в подростковом возрасте, что объясняется характерологическими особенностями подростков и формами их поведения. В этом возрасте нередки реакции группирования со сверстниками, эмансипации, увлечения, протеста. Приобщение подростков к психоактивным веществам происходит в компаниях сверстников асоциальной и антисоциальной направленности, под влиянием лидеров, которыми являются лица старшего возраста. Для подростков наиболее характерны такие формы употребления наркотиков, как аддиктивное поведение. Скорость формирования наркомании при злоупотреблении психоактивными веществами зависит от фармакохимических свойств вещества, регулярности и способов введения. Быстрее всего формируется зависимость при внутривенном введении препаратов. Одним из факторов риска развития наркомании или токсикомании в подростковом возрасте является наследственная отягощенность алкоголизмом и психическими заболеваниями.

Течение наркоманий и токсикоманий при раннем начале наиболее прогрессирующее. Хотя сроки формирования абстинентного синдрома у подростков более длительные, чем в старших возрастных группах, но в его клинической картине преобладают психопатологические явления, свидетельствующие о значительной тяжести этого состояния. У подростков, пристрастившихся к психоактивным веществам, быстро формируется деградация личности с психопатоподобными синдромами и признаками морально-этического снижения, иногда стремительно развивается стойкий психоорганический синдром, нарушается внимание; снижается память, сообразительность, запас знаний, способность приобретать новые знания. Подростки становятся пассивными, безынициативными, безразличными к своему здоровью, учебе, будущему. В наибольшей степени это выражено у злоупотребляющих ингалянтами и седативными препаратами.

### **ЭПИЛЕПСИЯ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

Эпилепсия — хроническое заболевание головного мозга различной этиологии, характеризующееся повторными припадками, возникающими в результате чрезмерных нейронных разрядов и сопровождающееся разнообразными клиническими и параклиническими симптомами. У детей эпилепсия констатируется в 0,05—0,1 % случаев [Hauser W.A., 1994].

Наивысшие показатели заболеваемости отмечаются в первый год жизни. У 75 % пациентов первый приступ эпилепсии развивается до 18 лет, в 12—20% случаев судорожные явления носят семейный характер.

#### **Общие принципы терапевтического вмешательства при эпилепсии у детей**

- ✓ Установление диагноза эпилепсии требует немедленного начала лечения, так как каждый большой припадок, серия припадков, каждое эпилептическое состояние (status epilepticus) у детей, вызывают тяжелые и необратимые изменения головного мозга
- ✓ Препараты выбирают в соответствии с характером приступов и особенностями течения болезни.
- ✓ Дозы противосудорожного препарата зависят от частоты и тяжести приступов, локализации эпилептического очага, индивидуальной переносимости препарата, возраста и массы тела больного ребенка, лечение начинают с общепринятой дозы препарата,

которая при редких припадках, оказывается достаточной для прекращения приступов. При необходимости дозу постепенно повышают до необходимого уровня терапевтического эффекта.

- ✓ Начинать лечение с комбинации препаратов нежелательно, так как это затрудняет выбор наиболее эффективного средства и увеличивает вероятность побочных явлений и осложнений.
- ✓ Больной должен принимать лекарства ежедневно, регулярно и непрерывно в течение длительного времени. Родителям необходимо четко объяснить необходимость лечения и его особенности.
- ✓ При положительных результатах препарат не рекомендуется менять в течение 3—5 лет.
- ✓ Препарат заменяют тогда, когда индивидуально максимальные дозы, применяемые достаточно долго, не дают терапевтического эффекта или если возникают выраженные побочные явления. Препарат заменяют постепенно "скользящая замена" [Selbach H., 1965], т.е. замещают по частям другим лекарственным средством в эквивалентной дозе [Ремезова Е.С., 1965]; дозу препарата уменьшают очень осторожно, постепенно и под контролем ЭЭГ.
- ✓ Мониторинг состояния лимфатических узлов, кожи, печени, селезенки, неврологического статуса, речи, состояния сознания, темпа психических процессов; анализы крови и мочи необходимо повторять 1 раз в 3—6 месяцев, контроль ЭЭГ 1 раз в 6 мес.
- ✓ Отмена препаратов может быть осуществлена в случае, если пароксизмы отсутствуют в течение 5 лет и наблюдается нормализация ЭЭГ.

#### **Первичная профилактика эпилепсии у детей:**

- ✓ предотвращение брака двух лиц, страдающих эпилепсией
- ✓ мониторинг состояния психического здоровья детей с наследственной отягощенностью
- ✓ мониторинг состояния психического здоровья детей с интоксикацией, черепно-мозговой травмой, тяжелыми соматическими заболеваниями
- ✓ охрана здоровья беременной, охрана плода в пренатальном периоде, предупреждение родовых травм и инфекций в пренатальном и постнатальном периодах.

### **Эпилепсия G40.**

Исключены: синдром Ландау-Клеффнера (F80.3), судорожный припадок БДУ (R56.8), эпилептический статус (G41.-), паралич Готта (G83.8).

G40.0 Локализованная (фокальная) (парциальная) идиопатическая эпилепсия и эпилептические синдромы с судорожными припадками с фокальным началом. Доброкачественная детская эпилепсия с пиками на ЭЭГ в центрально-височной области. Детская эпилепсия с пароксизмальной активностью на ЭЭГ в затылочной области.

G40.1 Локализованная (фокальная) (парциальная) симптоматическая эпилепсия и эпилептические синдромы с простыми парциальными припадками.

G40.2 Локализованная (фокальная) (парциальная) симптоматическая эпилепсия и эпилептические синдромы с комплексными парциальными судорожными припадками.

G40.3 Генерализованная идиопатическая эпилепсия и эпилептические синдромы. Пикнолепсия. Эпилепсия с большими судорожными припадками (grand mal).

G40.4 Другие виды генерализованной эпилепсии и эпилептических синдромов.

G40.5 Особые эпилептические синдромы. Эпилепсия парциальная непрерывная [Кожевникова] Эпилептические припадки, связанные с: употреблением алкоголя, применением лекарственных средств, гормональными изменениями, лишением сна, воздействием стрессовых факторов.

G40.6 Припадки grand mal неуточненные (с малыми припадками petit mal или без них).

G40.7 Малые припадки petit mal неуточненные без припадков grand mal.

G40.8 Другие уточненные формы эпилепсии.

G40.9 Эпилепсия неуточненная.

#### G41. Эпилептический статус

G41.0 Эпилептический статус grand mal (судорожных припадков).

G41.1 Эпилептический статус petit mal (малых припадков).

G41.2 Сложный парциальный эпилептический статус.

G41.8 Другой уточненный эпилептический статус.

G41.9 Эпилептический статус неуточненный.

### **Международная классификация эпилепсии, принятая международной лигой борьбы с эпилепсией (1989)**

#### 1. Эпилепсия и эпилептические синдромы, связанные с определенной локализацией эпилептического очага (фокальная, локальная, парциальная эпилепсия)

1.1. Идиопатическая локально обусловленная эпилепсия (связана с возрастными особенностями)

1.2. Симптоматическая локально обусловленная эпилепсия

1.3. Криптогенная локально обусловленная эпилепсия

#### 2. Генерализованная эпилепсия и эпилептические синдромы

2.1. Идиопатическая генерализованная эпилепсия (связанная с возрастными особенностями)

2.2. Генерализованная криптогенная или симптоматическая эпилепсия (связанная с возрастными особенностями)

2.3. Генерализованная симптоматическая эпилепсия и эпилептические синдромы

2.3.1. Генерализованная симптоматическая эпилепсия неспецифической этиологии (связанная с возрастными особенностями)

2.3.2. Специфические синдромы

#### 3. Эпилепсия и эпилептические синдромы, которые не могут быть отнесены к фокальным или генерализованным

3.1. Эпилепсия и эпилептические синдромы с генерализованными и фокальными припадками

3.2. Эпилепсия и эпилептические синдромы без определенных проявлений, характерных для генерализованных или фокальных припадков

#### 4. Специальные синдромы

4.1. Припадки, связанные с определенной ситуацией

4.2. Единичные припадки или эпилептический статус

Этиология Несмотря на многообразие этиологических факторов, а также синдромологическую неоднородность, эпилепсия остается хотя и собирательной, но единой нозологической единицей, где главным обобщающим клиническим критерием является наличие повторяющихся приступов. Одиночные или случайные эпилептические приступы не могут рассматриваться как эпилепсия, а являются, при понижении порога судорожной готовности, разновидностью реакций мозга и могут возникнуть в определенных условиях у любого человека.

Эпилептический припадок представляет собой приступ с внезапным началом, стереотипный по клиническим проявлениям, возникающий в результате нейронных разрядов, обнаруживаемых с помощью ЭЭГ, и проявляющийся в форме сенсорных, двигательных, аффективных, когнитивных и вегетативных симптомов.

Наиболее важным основанием для классификации припадков является характер их начала.

При генерализованных припадках приступ начинается с внезапной потери сознания и на ЭЭГ очаг не обнаруживается.

Парциальные (фокальные, локальные) припадки начинаются вследствие импульса из очага (фокуса) в ограниченной части одного полушария мозга:

- ✓ простые (отсутствие во время приступа нарушений сознания)
- ✓ комплексные (наличие во время приступа нарушений сознания). Парциальные припадки могут распространяться и переходить в генерализованные (вторичная генерализация).

Этиология — индивидуальная предрасположенность конституционального или наследственного характера

- ✓ наличие epileptического повреждения в мозге локальных или генерализованных электрических изменений.
- ✓ лишь отдельные синдромы жестко детерминированы только генетическими или исключительно экзогенными причинами.

Дети в 4 раза чаще болеют эпилепсией, чем взрослые.

Причины:

- ✓ перинатальная патология и родовые травмы
- ✓ врожденные пороки развития
- ✓ метаболические нарушения и нарушения питания
- ✓ инфекции.
- ✓ идиопатические эпилепсии (связаны главным образом с наследственным предрасположением).

В остальных случаях припадки представляют вторичное явление по отношению к какому-либо уточненному заболеванию головного мозга. При этих симптоматических эпилепсиях (эпилептических синдромах) эндогенное предрасположение выступает в роли фактора риска. В случаях, когда при анализе особенностей клинического синдрома и данных исследования предполагается вероятность отнесения эпилепсии к симптоматической, но причины остаются невыясненными, принято говорить о криптогенной эпилепсии.

Распространенность Распространенность эпилепсии в общей популяции составляет 7 — 10 случаев на 1000 населения. Риск развития epileptических припадков на протяжении жизни составляет до 10%. Заболевание может развиваться в любом возрасте, однако в 75% эпилепсия начинается до 20-летнего возраста. Показатели заболеваемости среди мужского и женского пола практически одинаковы.

В диагностике эпилепсии значение имеют: семейный анамнез, возраст развития, анамнез приступов, исключение неэпилептических заболеваний, психические нарушения, эффекты проводимой терапии.

### **Доброкачественная детская эпилепсия с пиками на ЭЭГ в центрально-височной области («роландическая», РЭ, «сильвиева», «языковый синдром») (G40.0)**

Этиология К настоящему времени локализованы гены, в значительной мере определяющие развитие РЭ (15q14). Предполагаются и аутосомно-доминантное наследование с низкой пенетрантностью и возрастной зависимостью (особенно у лиц мужского пола — 60%), и полигенное.

Наследственная отягощенность весьма вариабельна (9 — 59%). У родственников наблюдаются как аналогичные приступы, так и генерализованные.

Распространенность РЭ относится к одной из наиболее часто встречающихся форм и составляет примерно 15—30% всех случаев эпилепсии детского возраста; среди пациентов преобладают мальчики (в соотношении 3:2).

Клиника Возраст начала 3—12 лет, пик в 9—10 лет.

Приступы редкие и в 70—80% случаев носят характер простых парциальных (при сохранном сознании):

- ✓ фаринго-оральные и односторонние лицевые миоклонии и клонии, вызывающие перекос лица, соматосенсорные ощущения (покалывания, онемение в языке, деснах, щеке с одной стороны), вокализация и остановка речи, гиперсаливация
- ✓ при вторичной генерализации — гемисудороги или генерализованный припадок.

Почти 75% приступов возникает во сне, из них в 80% — в первую половину ночи. У детей до 5 лет — преимущественно ночные, более тяжелые приступы с нарушением сознания (головокружения, боли в животе, зрительные феномены). У детей старше 5 лет — приступы более частые, но и более легкие, нередко сочетаются с приступообразными головными болями или мигренью (62%). Роландическая эпилепсия изредка проявляет атипичность:

- ✓ более ранний возраст дебюта
- ✓ миоклонические абсансы
- ✓ миоклонически-астатические абсансы
- ✓ атонические, атипичные абсансы
- ✓ наличие заикания, дислексии, энуреза, нарушения внимания с гиперактивностью.

Диагностика Диагноз основывается на типичных проявлениях приступов и ЭЭГ данных. На нормальном или умеренно измененном общем фоне ЭЭГ имеются локальные пики или острые волны и/или комплексы пик-волн в одном полушарии или двух, но с односторонним преобладанием в центрально-средневисочных отведениях. Характерно извращение фазы над роландической или височной областью. Эпиактивность может иногда отсутствовать, ее выявлению помогает подготовка с частичной депривацией сна.

Другие эпилептиформные паттерны: пик-волновые комплексы, преимущественно в затылочных регионах, типичная генерализованная пик-волновая активность с частотой 3 Гц (абсансная), пик-волновые комплексы в лобных или затылочных регионах. Частота представленности затылочных пароксизмов при РЭ обратно пропорциональна возрасту ребенка, чаще встречается до 3 лет.

#### Дифференциальная диагностика

- ✓ оперкулярные приступы при височной эпилепсии
- ✓ джексоновские приступы
- ✓ синдром Леннокса — Гасто («атипичная роландическая эпилепсия», или синдрома псевдоЛеннокса).

Прогноз Прогноз благоприятный, в пубертатный период наступает полное выздоровление. Чем раньше дебют, тем больше общая продолжительность заболевания.

### **Детская эпилепсия с пароксизмальной активностью на ЭЭГ в затылочной области (доброкачественная затылочная эпилепсия, ДЗЭ, эпилепсия Гасто) (G40.0)**

Доброкачественная затылочная эпилепсия это функциональная эпилепсия, развивающаяся при конституциональной эпипредиспозиции, демаскирует минимальные церебральные повреждения, получаемые в родах.

#### Этиология и патогенез

- ✓ Кортикальные дисплазии.
- ✓ Доброкачественная затылочная эпилепсия наследуется по аутосомно-доминантному типу с вариабельной пенетрантностью и возраст-зависимым экспрессивностью. Наличие судорожных проявлений у кровных родственников — до 37%, мигрени — до 16%.

Распространенность Частота доброкачественной затылочной эпилепсии составляет 10—13%.

Клиника Возраст начала вариабелен (15 мес. — 17 лет). Пик манифестации симптомов 5—7 лет.

Приступы и дебют имеют 2 варианта:

Ранний дебют (2—7 лет). Редкие ночные приступы, начинающиеся с рвоты, девиации глаз в сторону и нарушением сознания с переходом в гемиконвульсивный или генерализованный тонико-клонический приступ.

Поздний дебют (старше 7 лет). Преходящие нарушения зрения — 65%, амавроз — 52%, элементарные зрительные галлюцинации — 50%, сценopodobные галлюцинации — 14%. Сознание чаще сохранено, приступы, как правило, в дневное время. Гемиклонические судороги — 43%, автоматизмы — 13%, версивные движения — 25%. Послеприступное состояние в 33% случаев сопровождается головной, чаще мигренеподобной болью, в 17% — тошнотой и рвотой. Провоцирующие факторы - резкая смена освещенности при переходе из темного помещения в светлое.

Психика обычно без особенностей, иногда — эмоциональные расстройства. В нейропсихологическом статусе — снижение зрительной памяти, проявления идеомоторной апраксии.

Неврологический статус без особенностей.

Диагностика ЭЭГ – паттерны (локальные пики и комплексы пик-волн в одном полушарии или в двух, но с односторонним преобладанием в затылочных отведениях, которые сочетаются с генерализованными билатеральными комплексами «пик-волна», «полипик-волна»); возникновение пароксизмальной активности сериями вскоре после закрывания глаз и блокирование эпилептической активности при открывании глаз. Эпилептиформная активность на ЭЭГ, а иногда и клинический приступ провоцируются фотостимуляцией. Приступная активность в ЭЭГ иногда может и отсутствовать. В то же время затылочная пик-волновая активность встречается на ЭЭГ здоровых детей со снижением зрения, при синдроме Леннокса — Гасто, симптоматической затылочной эпилепсии, височной эпилепсии, при осложненной базилярной мигрени.

Дифференциальная диагностика

- ✓ при ранних формах — с нарушением мозгового кровообращения
- ✓ при поздних формах — с симптоматической затылочной эпилепсией
- ✓ с парциальной эпилепсией с билатеральными затылочными кальцификатами (при целиакии, после операций на открытом сердце)
- ✓ с митохондриальным заболеванием — синдромом MELAS, лактатацидозом, гиперглицинемией
- ✓ с миоклонус-эпилепсией Лафора
- ✓ с паразитарными заболеваниями
- ✓ с мигренью.

При сочетании эпилепсии и мигрени важным является различие в характере галлюцинаций: для эпилепсии более характерны многокрасочные перспективные галлюцинации и сферические образы, для мигрени — плоские, черно-белые, линейные образы. Во всех случаях затылочной эпилепсии рекомендуется проводить МР томографию мозга.

Прогноз Прогноз благоприятный при начале заболевания до 10 лет.

### **Локализованная (фокальная, парциальная) симптоматическая эпилепсия и эпилептические синдромы с простыми парциальными припадками (G40.1)**

Эта группа простых парциальных припадков включает моторные, вегетативные приступы и разнообразные сенсорные и соматосенсорные припадки, во время которых сознание не нарушается.

В Международной классификации эпилепсии к рубрикам МКБ-10 G40.1 и G40.2 отнесены локализационно обусловленные симптоматические формы с известной этиологией и верифицированными морфологическими нарушениями.

Простые парциальные приступы, которые переходят во вторично генерализованные приступы

Критерий генерализации

- ✓ выключение (а не изменение) сознания
- ✓ припадки могут быть судорожными и бессудорожными
- ✓ массивные вегетативные проявления

- ✓ двусторонние синхронные и симметричные разряды на ЭЭГ.
- ✓ парциальный припадок может переходить в комплексный (сложнопарциальный).

### **Локализованная (фокальная, парциальная) симптоматическая эпилепсия и эпилептические синдромы с комплексными парциальными судорожными припадками (G40.2)**

При этих припадках нарушена способность осознания происходящего или адекватного ответа на стимулы. Комплексные парциальные припадки заменили ранее употребляемые термины «психомоторные припадки» и «височная эпилепсия». Им часто предшествуют простые парциальные приступы.

#### Клинические особенности

- ✓ симптомы нарушения когнитивных функций (навязчивая, странная, ненужная мысль — форсированное мышление, иллюзии восприятия времени и симптомы дереализации-деперсонализации - «уже виденного»).
- ✓ дисмнестические феномены (насильственные воспоминания).

### **Эпилепсия лобной доли (фронтальные эпилепсии, ФЭ) (G40.1/G40.2)**

Общими особенностями пароксизмов при эпилепсии с очагом в лобной доле является типичная феноменология приступов:

- ✓ тоническая или постуральная активность
- ✓ повышенная двигательная активность
- ✓ комплексные жестикуляционные автоматизмы, вокализации
- ✓ их частота, кратковременность
- ✓ отсутствие или незначительная спутанность сознания после приступа.

#### Этиология и патогенез

- ✓ очаговая атрофия
- ✓ травмы
- ✓ нейроинфекции
- ✓ опухоли мозга (астроцитомы и олигодендроглиомы)
- ✓ артерио-венозные мальформации
- ✓ нарушения миграции нейронов или дисгенезии (обнаруженные при ЯМР).

Эпилептический статус формируется при эпилепсии лобной доли особенно часто.

Распространенность Среди симптоматических форм составляет 15—20%.

Клиника Приступы обычно частые, с нерегулярными интервалами, нестереотипные, чаще во время сна. Нередки автоматизмы жестов с внезапным началом и окончанием, почти без постприпадочной спутанности, продолжительностью обычно менее 30 сек., эмоционально окрашенные речевые автоматизмы. Автоматизмы часто причудливы, бурные («двигательная буря»), сексуально окрашены, истероподобны. Редко аура или парциальный соматосенсорный припадок в виде ощущения тепла, дуновения, паутины, мягкого прикосновения. Возраст начала — любой.

**При эпилепсии дополнительной моторной зоны (префронтальная зона)** приступы проявляются в виде постуральных пароксизмов, простых фокальных тонических с вокализацией, позой фехтовальщика, остановкой речи, размахиванием руками либо сложные фокальные с недержанием мочи.

**При цингулярной эпилепсии (поясная извилина)** приступы в виде комплексных фокальных припадков с начальными автоматизмами сексуального характера, вегетативными проявлениями, изменениями настроения, возбуждением, недержанием мочи.

Для приступов **с очагом в передней (полюс) лобной области** характерны насильственное мышление, вегетативное сопровождение, утрата реактивности — «псевдоабсанс». Припадки начинаются с потери контакта, адверсивного и вслед за этим контраверсивного движения глаз и головы, аксиальных клонических подергиваний,

падения, а также с автономных проявлений с переходом в генерализованные тонико-клонические судороги.

**Припадки орбито-фронтальной области** являются комплексными фокальными; сначала появляются проявления автоматизма или обонятельные галлюцинации, вегетативная пароксизмальная симптоматика и мочеиспускание.

**Припадки дорсолатеральные** являются простыми фокальными тоническими (вращения, пропульсии, поклоны), сопровождаются афазией и комплексными фокальными с начальными автоматизмами, без ауры.

Приступы **оперкулярной эпилепсии** парциальные с клониями в лице, эпигастральными ощущениями, вкусовыми галлюцинациями, торможением речи, страхом и вегетативными симптомами. Сложные парциальные припадки с глотательными, жевательными движениями, слюнотечением, ларингеальными симптомами.

При **лобной моторно-кортикальной эпилепсии** — парциальные джексоновские припадки с параличем Годда (постприпадочный).

При вовлечении **прероландической коры** — остановка речи, вокализация, афазия.

Психический статус включает: «лобные» изменения личности, эксцентричность, персеверативное и инертное поведение, трудности социальной адаптации, расторможенность, снижение критики. При дорсолатеральной эпилепсии психика достаточно быстро изменяется, наблюдаются персеверация, расторможенность, ухудшаются когнитивные процессы.

Неврологический статус соответствует этиологическому фактору (опухоль, локальные лобные деструктивные нарушения при травме).

Диагностика Исходит из этиологических факторов, клинических типов припадков, психических и неврологических особенностей, нейрорадиологической диагностики, КТ, ЯМР, ангиографии, ЭЭГ данных.

ЭЭГ при эпилепсии лобной доли часто оказывает лишь незначительную помощь. Иктальная ЭЭГ показывает уплощение ритмических полиспайков (16—24 /с) и вторичную генерализацию из очага. При цингулярной эпилепсии точная локализация очага возможна только по анализу стереотаксической ЭЭГ. ЭЭГ паттерны орбито-фронтальной области во время припадка сглажены, с появлением ритмичных полиспайков 16—24 /с и вторичной генерализацией. При дорсолатеральной эпилепсии в большинстве случаев очаг определяется регистрацией поверхностной ЭЭГ во время припадка или интериктальном периоде. ЭЭГ при лобной моторно-кортикальной эпилепсии в 75% случаев без фокальной патологии.

Дифференциальная диагностика

- ✓ текущие церебральные процессы.
- ✓ эпилептические вегетативно-висцеральные припадки
- ✓ обмороки, которые относятся к аноксическим (аноксоишемическим) припадкам.

Прогноз неблагоприятный в случае частых припадков, наличии грубых психопатологических расстройств, изменений на ЭЭГ органического типа, от локализации очага в лобной доле.

### **Эпилепсия височной доли (височная эпилепсия, ВЭ)**

Этиология

- ✓ перинатальная травма и гипоксемия
- ✓ посттравматический очаговый глиоз височного полюса
- ✓ склероз гиппокампа
- ✓ постэнцефалитические изменения
- ✓ травма
- ✓ ганглиоглиомы
- ✓ малые глиомы

**Распространенность** Височная эпилепсия наиболее часто встречающаяся форма симптоматической локализованной эпилепсии (60 — 65%).

**Клиника** Возраст начала — любой, но чаще или в детстве или во втором десятилетии жизни.

**Приступы:**

- ✓ элементарно-фокальные (обонятельные, слуховые, эпигастральные феномены)
- ✓ комплексные парциальные, вторично генерализованные.

Комплексные парциальные приступы часто начинаются с остановки движения с ороралиментарными автоматизмами. Длительность более минуты, нечеткое окончание, послеприступная спутанность, амнезия приступа. Приступы часто серийные.

При гиппокампальной (медиобазальная лимбическая или первичная ринэнцефалическая психомоторная) форме эпилепсии височной доли, припадки появляются в группах или по отдельности: бывают комплексными очаговыми, начинающиеся со странных неопишуемых ощущений, галлюцинаций или иллюзий с последующим отключением (оцепенением взгляда), ротаторными или пищевыми автоматизмами. Длительность приступа в среднем 2 минуты. При прогрессировании могут отмечаться генерализованные тонико-клонические судороги.

При **амигдалярной эпилепсии** (передняя полюсно-амигдалярная) регистрируются припадки с эпигастральным дискомфортом, тошнотой, выраженными вегетативными симптомами (отрыжка, бледность, отечность, покраснение лица, диспноэ, страх, паника). Ступор, бессознательное состояние наступают постепенно, сопровождаются оцепеневшим взглядом, оральными и пищевыми автоматизмами, внешними проявлениями «растерянности».

При **латеральной задневисочной эпилепсии** припадки с аурой в виде слуховых галлюцинаций, зрительных галлюцинаций с нарушением речи в случае локализации очага в гемисфере, доминантной для речи. Вслед за этим наступают дисфазия, нарушения ориентировки или продолжительные слуховые галлюцинации, движения головы в одну сторону, иногда автоматизмы с остановкой взгляда. Часто — сноподобные состояния (Dreamy State).

**Оперкулярные (инсулярные) эпилепсии** проявляются вестибулярными или слуховыми галлюцинациями, отрыжкой или вегетативными проявлениями, односторонними подергиваниями лица и парестезиями. Бывают обонятельно-вкусовые галлюцинации.

В психическом статусе отмечены трудности обучения, нарушения памяти, тенденция к персеверациям, эгоцентризм, обстоятельность, аккуратность, конфликтность, эмоциональная лабильность.

В неврологическом статусе: зависит от этиологии.

**Диагностика** Исходит из этиологических факторов, клинических типов припадков, психических и неврологических особенностей, нейрорадиологической диагностики, КТ, ЯМР, ангиографии, ЭЭГ данных. ЭЭГ между припадками показывает типичные передневисочные острые волны, особенно при регистрации во сне. Для ЭЭГ, снятой во время припадка, типично начальное одностороннее уплощение, особенно на височных отведениях. При СЭЭГ регистрируются высокочастотные (16—28 Гц) пики низкого вольтажа, исходящие из одного гиппокампа и распространяющиеся в миндалевидное тело и поясную извилину того же полушария или медиобазальные структуры контралатеральной стороны. При приступах по типу автоматизмов — возможна ритмичная первично или вторично генерализованная тета-активность без острых феноменов.

**Дифференциальная диагностика** лобная эпилепсия

**Прогноз** При преобладании ранних экзогенных факторов в этиологии, начале заболевания с частых припадков, наличии грубых психопатологических расстройств и изменений на ЭЭГ органического типа – прогноз неблагоприятный.

При судорожных проявлениях — от развернутых к абортивным припадков, от сложных форм парциальных припадков к простым — прогноз благоприятен.

✓

### **Эпилепсии затылочной и теменной доли (затылочные и теменные эпилепсии, ЗЭ, ТЭ)**

#### Этиология

- ✓ нейроинфекции
- ✓ черепно-мозговые травмы
- ✓ опухоли и артериовенозные аневризмы
- ✓ следствие резидуального мозгового поражения.

Распространенность Теменные эпилепсии встречается чаще, чем затылочные эпилепсии.

Клиника Заболевание редко начинается до 6 лет.

Припадки при **теменной эпилепсии** представляют собой простые парциальные сенсорные приступы в виде ощущений покалывания, онемения, с ощущением электризации. Парестезии могут быть ограниченными или распространяться по типу джексоновских приступов. Может возникнуть ощущение перемещения части тела или ощущение, как будто часть тела уже двигалась. Чаще всего поражаются те участки, которым соответствует наибольшая площадь коркового представительства — например, рука, плечо и лицо. Могут возникать ощущения онемения с покалыванием языка, жесткого или холодного языка. Сенсорные нарушения в области лица могут быть двусторонними. Иногда, особенно при поражении нижней и латеральной париетальных долек, появляется ощущение тошноты, захлебывания или удушья. Ощущение боли возникает редко, воспринимается чаще как поверхностное жжение или эпизодически возникающее, неопределенное очень болезненное ощущение.

Зрительные проявления поражения париетальной доли могут быть красочными и приобретать звериный вид, возникать метаморфопсия с искажением, сокращением или удлинением образа. Наряду с этими «положительными» феноменами или продуктивной симптоматикой образуются и, так называемые, негативные феномены, проявляющиеся, кроме онемения, ощущением отсутствия какой-либо части тела, утратой способности осознавать часть или половину тела — асоматогнозия (чаще при правосторонних припадках). Тяжелое головокружение может свидетельствовать о вовлечении супрасильвиевой париетальной доли. Припадки левой задней доли сопровождаются рецептивными и кондуктивными нарушениями речи (центр Вернике).

Довольно редко встречающееся сенсорное нарушение с участием парацентральной дольки охватывает обе нижние конечности. Припадки парацентральной дольки имеют тенденцию к вторичной генерализации.

При **затылочной эпилепсии** обычно припадки проявляются зрительными симптомами: простыми — летучие зрительные порропии (скотома, гемианопсия, амавроз, или искры, вспышки). Чаще они возникают в поле зрения, противоположном месту разряда в зрительной коре. Иллюзии восприятия с искажением предметов: односторонняя диплопия, изменения размера, расстояния, расположения объектов в определенной части пространства, внезапное изменение формы предметов. Зрительные галлюцинаторные припадки могут быть комплексными и принимать вид красочных сцен. Наряду с этим сцена может быть искажена или уменьшена, иногда человек может увидеть свое собственное изображение (разряды в височно-затылочной коре).

Припадки могут проявляться без зрительных симптомов — контраверсией глаз или головы и глаз, подергиванием век, насильственным закрытием глаз, ощущением дрожания глаз или всего тела, головокружением изолированным или головокружением и шаткой ходьбой, вместе с головной болью и мигренью.

В неврологическом статусе — обнаруживается очаговая неврологическая симптоматика.

Диагностика Исходит из этиологических факторов, клинических типов припадков, психических и неврологических особенностей, нейрорадиологической диагностики, ангиографии, ЭЭГ данных. ЭЭГ при эпилепсии париетальной доли сопровождается соответствующим образом локализованными разрядами острых волн. При ЭЭГ затылочной эпилепсии разряды фокальные, могут распространяться в височную долю (тогда присоединяются симптомы задневисочного, гиппокампального или амигдалярного припадков). Если первичный фокус находится в агеа surgasalarinea — разряд может распространяться на супрасильвиеву зону и приобретать симптоматику приступов париетальной доли или дополнительной моторной зоны.

Дифференциальная диагностика Объем специальных исследований и проведение дифференциального диагноза — как и при других парциальных симптоматических эпилепсиях.

Прогноз Зависит от прогрессивности этиологического фактора. Течение имеет три основных типа:

- ✓ с быстрым нарастанием частоты и тяжести приступов
- ✓ стабильный тип с относительным постоянством приступов
- ✓ доброкачественный тип с постепенным урежением и ослаблением приступов.

### **Генерализованная идиопатическая эпилепсия и эпилептические синдромы (G40.3)**

Генерализованные идиопатические и/или симптоматические эпилепсии включают в себя формы как идиопатических, так и симптоматических вариантов (Уэста и Леннокса — Гасто, хотя они и вынесены в МКБ-10 в отдельную рубрику — G40.4). Генерализованные идиопатические эпилепсии (связанные с возрастом) — это те формы, припадки которых всегда вначале генерализованы, а их проявлением на ЭЭГ является нормальная активность фона и только в период медленного сна увеличивается количество пароксизмальных генерализованных двусторонних симметричных разрядов. Приступы появляются обычно на фоне совершенно нормального состояния. Больные не имеют локальных ЭЭГ и других нейрорадиологических изменений. Генерализованные симптоматические эпилепсии встречаются в основном в грудном возрасте и детстве.

Некоторые признаки свидетельствуют об идиопатическом происхождении (сильная генетическая предрасположенность, отсутствие известной этиологии), некоторые — о симптоматическом происхождении (неврологические изменения, задержка умственного развития).

Главное в ЭЭГ при всех этих формах — это то, что в межприступный период они тоже патологичны — это супрессивные вспышки, медленные пик-волны, генерализованные быстрые ритмы или даже гипсаритмия. Часто регистрируются очаговые непароксизмальные изменения, нейропсихологические признаки энцефалопатии.

### **Доброкачественные формы эпилепсии: миоклоническая эпилепсия раннего детского возраста (доброкачественная миоклоническая эпилепсия младенческого возраста)**

Миоклоническая эпилепсия раннего детского возраста относится к идиопатическим формам.

Этиология неизвестна.

Распространенность Очень редко.

Клиника Возраст начала чаще в 1—2 года.

Припадки носят кратковременный характер генерализованных миоклоний. В психическом статусе чаще может наблюдаться запаздывание интеллектуального развития. В неврологическом статусе — без особенностей.

Диагностика Основой для диагностики являются характер приступов, этиологические факторы и данные ЭЭГ, которые, как правило, в пределах нормы или

имеют умеренные изменения, иногда с острыми волнами, пиками, комплексами пик-волн, острая-медленная волна, преобладающими в ранних стадиях сна. ЭЭГ во время припадка — картина генерализованной эпилептической активности с нерегулярными пиками, пик-волнами, острыми волнами, обычно асимметричными, иногда — билатерально-синхронными.

Дифференциальная диагностика Миоклонии детского возраста всегда составляют значительные сложности в дифференциально-диагностическом плане, так как нередко встречаются даже в норме. Физиологические миоклонии наблюдаются во сне практически у всех здоровых людей.

Патологические миоклонии делятся на эпилептические и неэпилептические; последние возникают при разнообразных заболеваниях и связаны с поражением серотонинергических нейронов ядра шва или берущих отсюда начало восходящих и нисходящих путей, а также при поражении зубчатого ядра мозжечка и передних его ножек. Миоклонии могут иметь гeredитарное происхождение (фенилкетонурия, мозжечковая диссинергия), быть результатом энцефалопатий (постаноксической, интоксикационной, дисметаболической), при тяжелых энцефалопатиях типа парамиоклонуса Фридрейха, миоклонической церебральной диссинергии Ханта. Миоклонические судороги типичны при ревматическом энцефалите, болезни Крейцфельда — Якоба, склерозирующем подостром лейкоэнцефалите.

- ✓ синдром Леннокса — Гасто
- ✓ эпилепсия Янца
- ✓ миоклоническая эпилепсия Унферрихта — Лундборга
- ✓ синдром Уэста.

Прогноз благоприятный.

### **Неонатальные приступы (семейные) (доброкачественные семейные идиопатические неонатальные судороги)**

Этиология Доказан аутосомно-доминантный тип наследования. Ген картирован на длинном плече 20-й хромосомы, локус 20q13.2, второй ген на длинном плече 8-й хромосомы, локус 8q24.

Распространенность Относятся к редким формам эпилепсии, к настоящему времени описано менее 200 случаев. Одинаково часто у мальчиков и девочек, в 100% случаев — наследственное отягощение с аналогичными приступами в период новорожденности.

Клиника Возраст начала — 1—7-й день жизни, максимально часто 2—3 сутки.

Приступы достигают частоты до 3—6 в день, длительностью 1—8 минут. Судороги сцеплены с ритмом «сон-бодрствование», чаще во сне. Приступы носят чаще фокальный характер: мягко протекающие кратковременные припадки типа апноэ или клоний, тонических проявлений, характерны глазные симптомы (фиксация взгляда широко раскрытых глаз, девиация глаз вверх, нистагmoidные подергивания, моргания век, расширение зрачка), ороавтоматизмы (орофациальные, ороалиментарные). Период персистирования приступов — до нескольких недель. В психическом и неврологическом статусе без особенностей.

Диагностика Основой для диагностики являются характер приступов, уточненные этиологические факторы и данные ЭЭГ исследования (билатеральная симметричная супрессия амплитуды на 5—19 с, затем — ритмичные вспышки «крутых» медленных волн, прерывающиеся высокоамплитудными полиспайками и острыми волнами).

Дифференциальная диагностика

- ✓ метаболические нарушения
- ✓ перинатальные повреждения
- ✓ аномалии головного мозга
- ✓ доброкачественные идиопатические судороги новорожденных («судороги пятого дня»)

- ✓ инфекции
- ✓ недостаточность холекальциферола.

Прогноз Приступы спонтанно прекращаются спустя 6 недель, без последствий. У 10—15% детей судороги повторно возникают на 3—4 мес. жизни и трансформируются в эпилепсию.

### **Детский эпилептический абсанс (пикнолепсия) (абсансная эпилепсия Кальпа)**

Детский эпилептический абсанс представляет собой приступы — простые (типичные и атипичные) абсансы, обычно серийные (до 50 и более в день). Возраст начала 5—8—10 лет.

Этиология генетическая предрасположенность.

Распространенность Абсансы — один из наиболее частых типов приступов у детей и подростков, ежегодно впервые диагностируются у 6 — 13 детей на 100 000 детского населения (до 16 лет). Абсансы составляют до 50% случаев всех генерализованных форм эпилепсии. Пикнолепсия составляет 8 — 10% всех эпилепсий. Примерно в 1,5—2 раза чаще встречается у девочек.

Клиника Кратковременные выключения сознания без предвестников. После припадка больные продолжают начатую деятельность.

Простые абсансы «пустой взгляд», длятся секунды.

Сложные абсансы сопровождаются частым миганием век, ретропульсией головы и сопровождаются минимальным моторным тоническим компонентом:

- ✓ миоклоническим
- ✓ атоническим (редко)
- ✓ с автоматизмом
- ✓ с вегетативным компонентом
- ✓ с фокальными феноменами.

У одного пациента могут наблюдаться различные виды абсансов. У трети больных абсансы сочетаются с большими генерализованными судорожными припадками во время бодрствования. В 7—24% случаев при пикнолепсии развивается статус абсансов (пик-волновой ступор).

Приступы могут провоцироваться напряженной умственной работой, состоянием «скуки», депривацией сна, фотостимуляцией, гипервентиляцией. Нарушение когнитивных функций может быть результатом неправильного лечения (барбитураты).

Диагностика Основой для диагностики являются характер приступов, уточненные этиологические факторы и данные ЭЭГ (типичной абсансной активности в межприступном периоде). Типичный паттерн — вспышки генерализованной высокоамплитудной пик-волновой активности с частотой 3 в секунду. Характерно внезапное возникновение разряда и более плавное прекращение. Гипервентиляция легко провоцирует пароксизмальную активность и служит хорошим критерием адекватности терапии.

Дифференциальная диагностика

- ✓ другие формы эпилепсии, сопровождающимися абсансами
- ✓ ювенильный эпилептический абсанс
- ✓ эпилепсия с миоклоническими приступами.

Прогноз Течение и исход пикнолепсии благоприятный..

### **Эпилепсия с большими судорожными приступами Grand mal во время пробуждения**

Этиология Вероятно, это форма вытекает из нелеченных или недолеченных пикнолепсий детской и ювенильной. Эпилептическая система при этом изменяется, поэтому в каждом случае приходится ее уточнять и подбирать медикамент индивидуально. В связи с малой проявляемостью этих эпилепсии на ЭЭГ, целесообразно уточнение эпилептической системы нейропсихологическими методами. Генетическая

предрасположенность довольно четкая; от 4 до 12% членов семьи страдают эпилептическими приступами.

Распространенность Приблизительно 25% всех эпилепсии с «большими припадками» следует относить к данному синдрому.

Клиника Начало — синдром чаще развивается на 2-м десятилетии жизни, преимущественно в период полового созревания.

В подавляющем большинстве случаев генерализованный тонико-клонический припадок возникает вскоре после пробуждения (90%), или в течение 1—1,5 часа после пробуждения. Второй суточный пик припадков — в вечернее время, в релаксации. Если имеется при этом другой тип припадков, то, возможно, это абсансы или миоклонические припадки.

Диагностика Основывается на типичности приступов и времени их возникновения. ЭЭГ уточнение проблематично, так как приступы скорее будут регистрироваться в «фазовых» состояниях, когда человек «не до конца проснулся». Помогает депривация сна.

Прогноз Даже при устойчивой терапевтической ремиссии припадков прекращение лечения следует начинать не ранее чем спустя пять лет после исчезновения приступов при наличии хороших результатов на ЭЭГ, а также после достижения двадцатилетнего возраста.

### **Ювенильная миоклоническая эпилепсия (эпилепсия с импульсивными Petit Mal, с миоклоническим Petit Mal, синдром Янца, синдром Герпина — Янца)**

Этиология Форма генерализованной идиопатической эпилепсии с выраженным генетическим предрасположением, идентифицированным генетическим дефектом (короткое плечо 6-й хромосомы на расстоянии 21 сМ от теломеры и локус 15q14).

Распространенность Дебют в подростковом возрасте. Среди всех форм эпилепсии ювенильная миоклоническая эпилепсия составляет 12%.

Клиника Возраст начала: 12—20 лет.

Приступы короткие, «простреливающие», билатерально-синхронные, массивные, симметричные миоклонии, преимущественно в руках и верхнем плечевом поясе, в большинстве случаев с сохраненным сознанием. При вовлечении ног — внезапное падение. Иногда припадки следуют залпами. Как правило, после пробуждения при движении, провоцируются бессонницей. Обычно комбинируются с генерализованными тонико-клоническими приступами, которые возникают или при пробуждении, или вечером в состоянии расслабления.

Диагностика Основывается на типичных клинических проявлениях. На ЭЭГ выраженный и широко распространенный альфа-ритм, иногда заостренные волны или комплексы множественных пиков или множественные пик-волны.

Дифференциальная диагностика

- ✓ доброкачественная миоклоническая эпилепсия детского возраста
- ✓ синдромом Леннокса — Гасто
- ✓ миоклоническая эпилепсия Унферрихта — Лундборга
- ✓ синдром Уэста.

Прогноз Социальный и витальный прогнозы благоприятные.

### **Эпилепсия с миоклоническим абсансом (синдром Тассинари) (G40.4)**

Этиология Синдром Тассинари относится к криптогенным формам эпилепсии.

Распространенность Встречается крайне редко, в основном у мальчиков.

Клиника Возраст начала в 4—9 лет, в среднем — 7 лет.

Клинически приступы характеризуются нарушением сознания по типу абсансов, которые сопровождаются тяжелыми двусторонними ритмическими клоническими (абсансы с миоклониями плечевого пояса) подергиваниями, часто сочетающимися с

тоническими сокращениями. Припадки наблюдаются несколько раз в день, осознание подергиваний может быть сохранено. Сочетанные припадки бывают редкими.

Неврология: без грубых органических нарушений.

Психика: в основном психомоторное развитие соответствует возрасту, но с развитием заболевания возможно отставание.

Диагностика ЭЭГ - всегда двусторонние синхронные и симметричные разряды ритмических пик-волн 3 Гц (как и при типичных абсансах).

Дифференциальная диагностика Другие формы эпилепсии, сопровождающимися абсансами.

Прогноз Прогноз неблагоприятен в связи с резистентностью припадков к терапии, умственным отставанием и возможным переходом в другие виды эпилепсии (в синдром Леннокса — Гасто). Нередко миоклонии вообще не поддаются лечению.

### **Эпилепсия с миоклонически-астатическими приступами**

Этиология генетическая предрасположенность.

Распространенность Встречается редко, мальчики поражаются чаще, чем девочки.

Клиника Возраст начала между 7 мес. и 6-м годом жизни, обычно 2 — 5 лет.

Приступы на фоне правильного психомоторного развития начинаются обычно с фебрильных или афебрильных тонико-клонических приступов, малых атонических, миоклонических, миоклонически-астатических припадков и сложных абсансов. Часто припадки идут в виде статусоподобных серий. Бессудорожные приступы составляют 36% всех случаев. В приступе бывает и тонический компонент, и даже чистые тонические приступы, но они возникают на поздних стадиях заболевания, и обычно в неблагоприятных ситуациях. Это отличает данную форму от синдрома Уэста, которому они как раз свойственны.

Диагностика Проводится с учетом этиологии, клиники приступов. ЭЭГ в начале болезни — без особенностей или с преобладанием тета-ритма. С развитием болезни — на нормальном или умеренно измененном фоне, нерегулярные комплексы пик-волна и полипик-волна 3—4 Гц. Может напоминать картину при синдроме Леннокса — Гасто, но с менее выраженной дезорганизацией и тенденцией к генерализованным, регулярным комплексам пик-волна. Выражена фотосенситивность. Фокальные и мультифокальные проявления обычно отсутствуют.

Дифференциальная диагностика

- ✓ идиопатический синдром Леннокса — Гасто
- ✓ миоклонические формы детской эпилепсии.

Прогноз Более благоприятен, чем при синдромах Уэста и Леннокса — Гасто.

### **Респираторные аффективные судороги**

При респираторных аффективных судорогах характерны провоцирующие факторы, крик перед судорогами, цианоз, появляющийся до судорог, опистотонус при нормальной ЭЭГ.

### **Фебрильные судороги**

Этиология и патогенез До сих пор нет общепринятого мнения о природе этих приступов. Существует мнение, что гиперпирексия провоцирует идиопатическую эпилепсию и фебрильные судороги являются нередко результатом не столько экстрацеребральных, сколько церебральных процессов. Считается, что гиперпирексия является провоцирующим моментом в вызывании судорожного припадка на благоприятной для этого почве (перинатальная патология — до 50%, инфекции, травмы — до 20% и др.). Нередко в семьях обнаруживаются случаи аналогичных приступов.

Распространенность Встречаются до 15% в общей популяции. Среди 55% детей, перенесших «беспричинные» детские судороги .

**Клиника** Приступы тонико-клонических судорог (всегда первично-генерализованных) строго связаны с возрастом, спонтанно прекращаются в 4 — 5 лет, развиваются только при высокой температуре. Продолжительность приступа не более двух минут. Затяжные фебрильные судороги могут стать причиной склероза аммонова рога с риском развития фокальной эпилепсии.

**Диагностика** Основывается на типичности клиники, этиологии и данных ЭЭГ.

**Дифференциальная диагностика** Дети нуждаются в тщательном исследовании и контроле. О возможности развития эпилепсии следует думать, если имеются указания в анамнезе на неврологические повреждения, фокальное начало приступов, и/или фокальности на ЭЭГ, а также при наличии более 4 — 5 приступов, при их появлении при температуре менее 38,5 градусов и при семейной предрасположенности к эпилепсии.

**Прогноз** При первичных проявлениях в возрасте 3 лет рецидивы встречаются крайне редко. Почти у 30% детей с фебрильными судорогами в дальнейшем развивается эпилепсия.

### **Синдром Леннокса — Гасто**

**Этиология и патогенез** В Международной классификации эпилепсия выделена в разделе «Генерализованные формы эпилепсии» как криптогенная и симптоматическая. Нередко прослеживаются органические резидуальные церебральные синдромы (пре-, пери- и постнатальные), подострые энцефалопатии, нейрометаболические заболевания, туберозный склероз.

**Распространенность** Проявляется у детей от 2 до 8 лет, но чаще в 2—6 лет. 30% приступов рекрутируются из случаев синдрома Уэста.

**Клиника** Начало заболевания в возрасте от 2 до 8 лет, поздние формы от 10 до 20 лет.

Клинические варианты припадков:

- ✓ миоклонико-астатические припадки
- ✓ атипичные абсансы
- ✓ молниеносные кивательные судороги
- ✓ внезапные падения
- ✓ тонические приступы (обычно во сне)
- ✓ генерализованные тонико-клонические
- ✓ миоклонические
- ✓ парциальные припадки.

Имеется тенденция к серийности разнообразных приступов с состоянием ступора, к незаметному переходу в эпилептический статус.

Неврология: в 40% случаев — церебральные парезы и гипотонико-астатические нарушения.

Психика: обычно — умственная отсталость до степени тяжелой деменции, психоорганические нарушения, тяжелые когнитивные и личностные нарушения органического типа.

Нейрорадиология и патоморфология: фокальные или диффузные структурные нарушения.

**Диагностика** Основывается на типичной клинической картине и ЭЭГ данных. На ЭЭГ обычно имеются изменения фона в виде медленных пик-волн меньше 3 Гц, ночью серии пиков (доходит до 100 за ночь), часто — мультифокальные изменения. Ранее считалось, что для синдрома Леннокса — Гасто патогномонична картина ритмических комплексов «пик-волна» 2,5 Гц. На самом деле описание паттерна ЭЭГ при синдроме Леннокса — Гасто это та же гипсаримия, только с большим содержанием «острых» феноменов. Заключение по ЭЭГ о гипсаритмии подтверждает диагноз синдрома Леннокса — Гасто.

**Дифференциальная диагностика** синдром Уэста.

**Прогноз**

Неблагоприятные прогностические признаки:

- ✓ предшествующее органическое поражение мозга
- ✓ синдром Уэста
- ✓ распространенные и частые тонические судороги
- ✓ склонность к статусному течению
- ✓ резистентность к терапии.

### **Салаамов тик**

В изолированном варианте — в виде ритмичных движений головой в переднезаднем направлении, к которым присоединяются кивательные движения туловища в том же направлении и, иногда, с нистагмом.

Салаамов тик следует отличать от салаамовых приступов, которыми обозначаются инфантильные (младенческие) спазмы или пропульсивные припадки при синдроме Уэста. При этом синдроме судороги в виде флексорных туловищных движений или даже более простых движений — «кивки», «клевки», «поклоны», «складывания» — по типу «перочинного ножа» (во франкоязычной литературе). Это рудиментарные судороги, но именно судороги, насильственный поклон, а не падение головы вперед из-за утраты тонуса. Такая картина, получается, из-за незрелости механизмов кортико-спинального контроля.

### **Симптоматическая ранняя миоклоническая энцефалопатия (ранняя младенческая эпилептическая энцефалопатия с паттернами «вспышка-угнетение» [burst-suppression] на ЭЭГ, синдром Отахара)**

Этиология Заболевание относится к симптоматическим генерализованным эпилепсиям неспецифической этиологии. Часто встречаются семейные случаи заболевания.

Распространенность Синдром описан в 1976 году, определяется по очень раннему началу болезни, встречается редко.

Клиника Начало симптоматической ранней миоклонической энцефалопатии наблюдается в первые несколько месяцев жизни и проявляется частым фрагментарным миоклонусом. Затем — парциальные припадки, массивные миоклонусы или тонические спазмы.

Диагностика Основывается на клинических особенностях и ЭЭГ данных. На ЭЭГ — супрессивно-взрывчатая активность, которая может перейти в гипсаритмию.

Дифференциальная диагностика синдром Уэста.

Прогноз Неблагоприятный. В возрасте 4—6 месяцев часто отмечается переход в синдром Уэста. Течение очень тяжелое и быстрое драматическое развитие. Психомоторное развитие прекращается и на первом же году может наступить смерть.

### **Синдром Уэста (эпилепсия с судорогами типа молниеносных «салаам» - поклонов, «инфантильных спазмов», пропульсивных припадков)**

Этиология В Международной классификации эпилепсии выделена как криптогенная и симптоматическая в разделе «Генерализованные формы эпилепсии».

Синдром Уэста относится (как и синдром Леннокса — Гасто) к мультифакторным эпилепсиям. Установлены органические резидуальные церебральные синдромы (пре-, пери- и постнатальные), подострые энцефалопатии, нейрометаболические заболевания.

Синдром Уэста можно подразделить на 2 группы:

- ✓ симптоматическая группа — наличие предшествующих признаков поражения мозга (предшествующая приступам умственная отсталость, неврологические, нейрорадиологические изменения или другие типы припадков)
- ✓ идиопатическая группа.

Распространенность Проявляется у детей возраста 3 — 7 месяцев жизни, чаще у мальчиков.

Клиника Приступы в виде внезапно начинающегося, генерализованного миоклонуса с рывками вверх, напоминающие испуг или с поднятием головы, напоминающие реакцию Моро. Молниеносные (длительность — до 1 с) клонические судороги со сгибанием головы и туловища, иногда с падением на колени.

Характерна триада признаков:

- ✓ инфантильные спазмы
- ✓ задержка психомоторного развития
- ✓ гипсаритмия.

Спазмы могут быть сгибательными, разгибательными, чаще же — смешанные. В некоторых случаях приступы проявляются также в коротком, но серийном, кивательном движении головы («кивки»). Реже эти приступы протекают как при замедленной киносъемке, чем напоминают восточное приветствие «саалам». Всегда выявляется выраженная тенденция к серийности судорог, незаметному переходу к статусу, комбинирование с большими приступами.

Психика: задержка психомоторного развития.

Неврология: в 80% случаев — церебральные парезы, гипотонико-атактические нарушения, микроцефалия.

Нейрорадиология: в 90% случаев находят грубые структурные нарушения.

Патоморфология: микроцефалия, лиссэнцефалия, пахигирия, микрогирия, глиоматоз, глобарный склероз, сосудистые мальформации.

Диагностика Основывается на типичном сочетании клиники и патогномичных ЭЭГ данных, активизирующихся во сне. ЭЭГ вне припадков — гипсаритмия. Гипсаритмия — это непрерывная генерализованная высокоамплитудная медленная и гиперсинхронная активность с острыми волнами, пиками, медленными пик-волновыми комплексами. ЭЭГ во время припадков при молниеносных миоклониях соответствуют генерализованные пики и острые волны, при тонических судорогах — низкоамплитудные высокочастотные генерализованные пики, нарастающие по амплитуде к концу припадков.

Дифференциальная диагностика синдром Леннокса — Гасто.

Прогноз Прогноз неблагоприятный и зависит от своевременного лечения АКТГ, но принципиально — от симптоматического или идиопатического характера синдрома.

Смертность отмечается примерно в 20% случаев. В 90% случаев — нарушение психического развития. Часто переход в синдром Леннокса — Гасто. Большинство идиопатических случаев показывают благоприятный прогноз, если лечение начато своевременно.

### **Эпилепсия парциальная постоянная (Кожевникова) (G40.5)**

Этиология Кожевников описал 2 синдрома.

Первый — собственно эпилепсия Кожевникова (epilepsia partialis continua) детского возраста, в основе которой лежит деструктивное локальное поражение мозга любой этиологии (опухоль, сосудистое, глиоз).

Второй — хроническая прогрессивная Epilepsia Partialis continua (синдром Кожевникова детского возраста, синоним — синдром прогрессирующей энцефалопатии Расмуссена), где этиология вирусно-воспалительная.

Клиника при собственно эпилепсии Кожевникова (epilepsia partialis continua) детского возраста представлена парциальной непрогрессивной роландической эпилепсией, связанной с повреждением моторной коры. Возраст начала любой.

Приступы: фокальные моторные припадки, длящиеся в течение дней, недель, месяцев.

Психический статус без особенностей.

Неврология: клинические проявления соответствуют поражению коры и не имеют тенденции к прогрессу (резидуальная органика); прогрессирование указывает на опухоль.

Диагностика Основывается на клинических проявлениях и ЭЭГ данных. На ЭЭГ — ограниченные эпилептиформные разряды в роландической области, контрлатеральной стороне судорожных проявлений.

Дифференциальная диагностика

- ✓ роландическая эпилепсия
- ✓ локализованные симптоматические формы.

Прогноз Непрогредиентное течение, если не прогрессирует этиологический фактор.

### **Хроническая прогрессивная эпилепсия *Epilepsia Partialis continua* (синдром прогрессирующей энцефалопатии Расмуссена)**

Клиника Приступы имеют начало с фокальных моторных с последующим присоединением локальных миоклоний. Вначале приступы четко фокальны, затем локально непостоянны, тенденция к генерализации. Часто припадки наблюдаются во сне. Возраст начала 2—10 лет.

С развитием заболевания развивается прогрессивный гемипарез.

Психика: нарастание деменции, задержки психического развития.

Нейрорадиология: деструктивные изменения контрлатерально гемипарезу.

Диагностика Основа — клиника и ЭЭГ данные. На ЭЭГ выявляются преимущественно диффузные дельта-волны с преобладанием в контрлатеральном неврологическому проявлению полушария, мультифокальные высокоамплитудные спайки, острые волны, пик-волны в больном полушарии, с последующим вовлечением второго.

Прогноз Прогрессивное течение с развитием тяжелых неврологических и интеллектуальных дефектов.

### **Первичная эпилепсия чтения (ЭЧ)**

Этиология В МКБ-10 не выделена. Редкая форма идиопатической фокальной эпилепсии с предположительной локализацией очага в теменно-височной области доминантного по речи полушария. Предполагается аутосомно-доминантное наследование при ЭЧ, и она имеет семейное накопление (до 40%). Раньше относилась к рефлекторным фотосенситивным формам эпилепсии, однако тот факт, что приступы провоцируются даже во время чтения по системе Брайля, опровергло этот взгляд. В настоящее время считается, что пусковым механизмом приступа является трансформация графем в фонематическую речь.

Распространенность Эпилепсия чтения — один из самых редких эпилептических синдромов. Частота встречаемости эпилепсия чтения варьирует у народов, использующих разные системы письменности: максимальна для систем с буквенным написанием и минимальна для систем с иероглифическим. Отмечено преобладание больных мужского пола в соотношении примерно 2:1.

Клиника Начало эпилепсии чтения приходится на пубертатный период и позже.

Приступы возникают почти исключительно во время чтения, особенно вслух. Провокация связана с индивидуальными особенностями ситуации (содержание текста, характер артикуляции, освещенность). Наиболее частое проявление приступа — клонические подергивания в мышцах нижней челюсти, в жевательной мускулатуре, ощущения затруднения дыхания, «подавливания», или сенсорные нарушения, чаще в виде расплывающегося изображения. При продолжении чтения возможен переход в большой припадок.

Психика и неврология — без особенностей.

Диагностика ЭЭГ в межприступном периоде в 80% случаев регистрирует нормальную электроактивность. Фотосенситивность отмечена всего у 9% больных, зато

провокация пароксизмальной активности во время чтения наблюдается почти в 80% случаев. Во время приступа обычно регистрируется билатерально-синхронная пик-волновая активность с амплитудным преобладанием в теменно-височных отделах доминантного полушария и/или генерализованные пик-волны.

Прогноз — благоприятный.

### **Эпилептический статус (Status epilepticus, SE) (G41)**

Определяется как «стойкое эпилептическое состояние» с повторяющимися или непрерывными приступами, которые продолжаются более 30 минут или между которыми больной не может полностью достичь своего нормального психического и неврологического состояния.

Этиология Этиологические факторы, определяющие развитие статуса, разнообразны. Статус может возникать как осложнение эпилепсии или быть ее манифестным проявлением.

Основные причины возникновения эпилептического статуса без предшествующих эпилептических пароксизмов (de novo):

- ✓ нейроинфекции
- ✓ острые нарушения мозгового кровообращения
- ✓ черепно-мозговая травма
- ✓ прогрессирующие заболевания ЦНС
- ✓ интоксикации.

Распространенность Эпилептический статус встречается с частотой 18—20 случаев на 100 000 населения и является одним из наиболее распространенных неотложных неврологических состояний. В 50% случаев эпилептический статус возникает у детей раннего возраста.

Классификация статус судорожных припадков

- ✓ статус малых припадков
- ✓ статус сложных фокальных приступов
- ✓ эпилепсия Кожевникова (G40.5)
- ✓ статус миоклонических приступов.

Прогноз Эпилептический статус представляет собой ситуацию, требующую неотложной помощи, так как связанная с ним смертность даже в настоящее время может достигать до 30—50%.

### **Эпилептический статус Grand mal (судорожных припадков) (Тонико-клонический эпилептический статус) (G41.0)**

Этиология У детей этиологически доминируют:

- ✓ менинго-энцефалитические инфекции
- ✓ врожденные аномалии развития
- ✓ последствия церебральных повреждений
- ✓ прогрессирующие нейродегенеративные заболевания
- ✓ нейрометаболические нарушения
- ✓ инфекции
- ✓ кровоизлияния в мозг
- ✓ гипоксически-ишемические энцефалопатии
- ✓ острые воспалительные и электролитные нарушения в раннем грудном возрасте.
- ✓ опухоль мозга
- ✓ энцефалит
- ✓ цереброваскулярная патология
- ✓ черепно-мозговые травмы
- ✓ интоксикации
- ✓ метаболические нарушения.

Клиника Частота судорожных приступов составляет от 3 до 20 в час.

Основные критерии эпилептического состояния — наличие выраженных изменений, вызванных предшествующим припадком и относящихся к состоянию сознания, дыхания, гемодинамики. Сознание ко времени возникновения следующего припадком полностью не восстанавливается, и больной остается в состоянии оглушения, сопора или комы. При пролонгированном эпилептическом статусе в клинике наступают изменения: судороги принимают тонический характер, коматозное состояние углубляется, гипотония мышц сменяется атонией, а гиперрефлексия — арефлексией. Нарастают гемодинамические и дыхательные нарушения, судороги прекращаются, и наступает стадия эпилептической прострации: глазные щели и рот полуоткрыты, взор безучастный, зрачки широкие. В таком состоянии может наступить смерть.

Диагностика Эпилептический статус изучен достаточно хорошо и его диагностика не вызывает затруднений при клиническом наблюдении.

Прогноз Прогноз значительно зависит от его этиологии, так как смертность от статусов Grand mal в случаях ранее диагностированной эпилепсии 5%. Вторым по важности прогностическим фактором является продолжительность статуса. Если статус длится более 30 минут, следует опасаться развития серьезных церебральных, сердечно-сосудистых, респираторных, вегетативных и метаболических осложнений (отек мозга, гипоксия, гипотензия, гиперпирексия, лактатацидоз, изменения электролитного баланса), которые приводят к необратимым неврологическим и нейропсихологическим нарушениям.

Терапия В международной практике принято использовать унифицированную этапную схему со строго определенными временными рамками. На первом этапе применяется комбинированное лечение диазепамом и фенитоином, которое купирует статус больших приступов в 85—90% случаев.

Этап 1 (0—10 мин.)

- ✓ Необходимо обеспечить функции дыхания и кровообращения, при необходимости — кислородный зонд.
- ✓ Определить концентрацию противоэпилептического препарата в крови.
- ✓ Измерить температуру.

Этап 2 (30—40 мин)

- ✓ Диазепам 20 мг (детям 0,2—0,4 мг/кг/м.т.) ректально, или медленно внутривенно, или клоназепам 2 мг (детям 0,01 — 0,04 мг/кг/ м.т.) медленно внутривенно. Следует учитывать быстрое наступление действия (5—15 мин), однако не только в плане противосудорожных эффектов, но и угнетения дыхания, седативного эффекта.
- ✓ В последующем внутривенно фенитоин (детям — 10—15—20 мг/кг/м.т.), скорость инъекции — менее 50 мг/мин. Следует учитывать, что максимальный эффект наступит через 20—30 мин. При падении АД, возникновении аритмии скорость введения необходимо уменьшать. Часто первым симптомом интоксикации является нистагм.

«Невосприимчивым», или резистентным (рефрактерным), считают статус, который продолжается 60 и более минут, несмотря на применение не менее двух антиконвульсантов первой очереди выбора. Эти варианты предполагают применение инфузионных форм фенобарбитала или лидокаина, или бензодиазепинов (лоразепама, паральдегида).

Фенобарбитал (детям: 4—6—10 мг/кг/м.т.) вводится внутривенно, скорость введения — менее 100 мг/мин. Следует учитывать возможность угнетения дыхания, седативный эффект, большой период полувыведения из организма.

Лидокаин вводится ударной дозой 100—200 мг внутривенно, затем — инфузия 3—4 мг/кг. Следует учитывать возможность аритмии, падения АД, реакции идиосинкразии, немедленное действие.

Лоразепам 4 мг (+4 мг через 10 минут) вводится внутривенно.

Следует учитывать возможность угнетения дыхания, седативного эффекта, длительность действия около 12 часов.

### Этап 3 (рефрактерный статус)

Применяется общая анестезия (наркоз с помощью тиопентала, который проводится в отделении интенсивной терапии). Наркоз необходимо продолжать 12—24 часа после последнего приступа.

Для купирования эпилептического статуса показано введение в клизме 15—20 мл 6 % раствора хлоралгидрата и 20—30 мл 2 % раствора барбитал-натрия. После введения гексенала (или независимо от этого), следует ввести внутривенно раствор сульфата магния (5—10 мл 25 % раствора на 40 % растворе глюкозы), который удлиняет и углубляет действие гексенала. Как крайнюю меру применяют спинномозговую пункцию с выпусканием цереброспинальной жидкости (до 20 мл).

Эффективным способом купирования эпилептического статуса является внутривенное введение диазепама (седуксена) [Боголепов Н.К. и др., 1971]: 4—12 мл 0,5 % раствора седуксена на 20 мл изотонического раствора хлорида натрия или 40 % раствора глюкозы. Препарат вводится капельно внутривенно (0,5 % раствора седуксена на изотоническом растворе хлорида натрия из расчета 40—80 мг седуксена в сутки). Для устранения метаболического ацидоза внутривенно капельно вводят 4 % раствор гидрокарбоната натрия (150—400 мл). Для борьбы с отеком мозга показаны внутримышечные инъекции фонурита, лазикса, сульфата магния.

У детей при эпилептическом статусе применяют следующие препараты: дифенил, гидантаин, барбитураты, хлоралгидрат и паральдегид, производные вальпроевой кислоты. Во избежание нарушений сердечной деятельности скорость введения бензодиазепина не должна превышать 25—50 мг/мин; как правило, доза из расчета 5—10 мг/кг массы тела является достаточной для купирования судорожного синдрома. В случаях отсутствия эффекта при назначении бензодиазепинов рекомендуются барбитураты. Хлоралгидрат и паральдегид назначают в комбинации с фенобарбиталом. Вальпроат натрия (как правило, в виде свечей) рекомендуется использовать при затяжном эпилептическом статусе, резистентном к лечению другими препаратами.

## **ПРИЛОЖЕНИЕ**

### **ПЕРЕЧЕНЬ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДИК ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ ДЕФИЦИТАРНОСТИ У ДЕТЕЙ**

#### **Ревизованная шкала Стенфорд-Бине**

С помощью этой шкалы изучается общий уровень интеллектуального снижения. Ее оснащение состоит из картинок и предметов, которые ребенок должен опознать, нескольких диаграмм, воспроизводимых по памяти, кубиков, досок с отверстиями для прикладывания соответствующих форм, предметов для счета.

Методика определяет интеллектуальный коэффициент (ИК), интеллектуальный возраст и качество выполненных отдельных заданий, по которым можно судить о словарном запасе, памяти, моторном развитии, житейских навыков.

#### **Психометрическая методика – шкала Векслера для детей (WISK)**

В основу шкалы положен принцип, по которому предполагается, что интеллект включает не только способность оперировать символами, абстрактными понятиями, логически мыслить, но и ориентироваться в обстановке и решать задачи с конкретными объектами. Исходя из того, что методика состоит из вербальной шкалы и шкалы действия (невербальной) можно получить три итоговые статистические оценки (ИСО): общую, вербальную и невербальную с соответствующими интеллектуальными коэффициентами.

### **Шкала развития Гезелла**

Эта шкала оценивает общее развитие ребенка по формированию отдельных составных частей его поведения, определенные формы которого соотносятся с возрастом и являются показателем степени зрелости. Целостное поведение изучается в рамках четырех выделяемых методикой категорий: моторной, адаптивной, речевой и личностно-социальной.

### **Шкала детского развития Бейли**

А) Шкала умственного развития, оценивающая сенсорно-перцептивные способности: память, способность к обучению, разрешению трудности и речевое развитие;

Б) Шкала моторного развития, измеряющая степень зрелости управления телом, мышечной координации;

В) Социальная шкала.

### **Корректурная методика (проба Бурдона)**

Используется для изучения объема внимания, утомляемости, работоспособности.

**Методика Пьерона-Рузера** (изучение внимания у дошкольников с интеллектуальной дефицитарностью)

**Метод предметной классификации** (методика позволяет получать данные о процессах обобщения, абстрагирования, последовательность умозаключений, о критичности и обдуманности действий, об объеме и устойчивости внимания).

**Обучающий эксперимент** – исследуются потенциальные возможности овладения новыми способами умственных действий.

**Шкала Н.И. Озерецкого** – для оценки моторного развития больного.

Детям каждого возраста предлагаются шесть проб на исследование статистической координации (преимущественно рук), динамической координации всего тела в целом, скорости движения, одновременных движений и отчетливости выполнения действий.

**Тест прогрессивных матриц Ревена** – для определения характера и тяжести снижения интеллекта.

**Рисунок «дом – дерево – человек»**

**Тест Озерецкого «кулак – ребро – ладонь»**

**Методика определения психического развития детей до трех лет – ГНОМ.**

ГНОМ – стандартизированная клинико-психологическая методика оценки здоровья младенцев и малышей, предусматривающая оценку коэффициента психического развития. Основу методики составляют адаптированные к возрастным особенностям задания и вопросники, позволяющие судить о состоянии основных нервно-психических сфер: сенсорной, моторной, эмоциональной, познавательной и социально-коммуникативной (в баллах). Методика позволяет вычислить фактический возраст ребенка, соответствующий уровню его индивидуального развития и определить отставание развития отдельных психических функций.

**Методика экспресс-диагностики Н.М. Стадненко**

- «Доска Геггена»;

- «Домик»;
- Определение функциональных связей;
- Определение родовых связей между парами изображенных предметов
- «Четвертый – лишний, игра – работа»
- классификация геометрических фигур;
- «нелепицы»;
- понимания смысла сюжетных картинок.

**Перечень патопсихологических методик оценки нарушений интеллекта  
применительно к возрасту.**

От 0 до 3-х лет:	1. ГНОМ
	2. Шкала Газелла
	3. Шкала детского развития Бейли
С 3-х до 6 лет:	1. Методика Стенфор-Бине
	2. Методика Пьерон-Рузера
	3. Метод предметной классификации
	4. Шкала развития Гезелла
	5. Шкала Н.И.Озерецкого
	6. Методика Н.М.Стадненко
С 7 до 10 лет:	1. Обучающий эксперимент
	2. Тест Векслера
	3. Тест Ревена
	4. Корректирующая проба (Бурдона)
	5. Шкала Н.И.Озерецкого
	6. Рисунок «дом-дерево-человек»

## РЕКОМЕНДОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Acuna V. The use of sulbutiamine in a group of university students presenting with a psychosomatic fatigue syndrome. *Gaz Med* 1985; 92: 1-3.
2. Ainsworth M.D.S., Blehar M., Waters E., Wall E. Patterns of Attachment. A psychological study of the strange situation. Hillsdale. – N.-Y.: Erlbaum Associates, 1987.
3. Albrecht F. Chronic fatigue syndrome // *J.Am.Acad. Child.Adolesc. Psychiatry.* – 2000. – V.39, N7. – P.808-809.
4. Bourrillon A., Arsan A. Childhood fatigue // *Arch. Pediatr.* – 2002. – V.9. – P.203-207.
5. Buckley T C , Blanchard E B , Neill W T Information processing and PTSD a review of the empirical literature *Clm Psychol Rev* 2000, 20 1041-1065
6. Consoli S., Mas M. Study of multivalent antifatigue agent, Arcalion, on alertness and stress in high level competitive sports. *Psych Med* 1988; 20: 249-57.
7. Danel J., Cristol R. The rehabilitation of patients with coronary artery disease: contribution of a new drug. *Med Int* 1974; 9: 165-9.
8. Du Boistesselin R. Hydrotherapeutics and biophysiological developments. Roles of certain regulatory structures in asthenia: detection of Arcalion binding by histofluorescence. *Gaz Med* 1988; 95 (suppl. 3): 21-4.
9. Durkm M , Khan N , Davidson L et al The effects of a natural disaster on child behavior evidence for post\*traumatic stress *Am J Public Health* 1993 Nov, 83 11 1549-1553
10. Famularo R , KmscherffR , Fenton T Propanolol treatment for childhood post traumatic stress disorder, acute type *Am J Dis Child* 1988, 142 1244-1247
11. Feuerstein C. Neurophysiological data concerning fatigue. Role of activator reticular formation. *Entretiens de Bichat* 1992; (hors-serie): 11-19.
12. Frednson M , Fisher H , Wik G Cerebral blood flow during anxiety provocation *J Clm Psychiat* 1997, 58 Suppl 16 16—21
13. Fristad M A , Jedel R , Weller R A , Wetter E B Psychosocial functioning in children after death of a parent *Am J Psychiat* 1993, 150 511-513
14. Green B L Psychosocial research in traumatic stress an update *J Trauma Stress* 1994, 7 341-362
15. Hams E S Adolescent bereavement following the death of a parent an exploratory study *Child Psychiat Hum Dev* 1991, 21 267—281
16. Hugonot R., Israel L., Dell'Accio E. Arcalion and mental training. Value of Arcalion in elderly asthenic patients. *J Med Prat* 1989; (suppl. 3): 19-24.
17. Kuterovac G , Dyregrov A , Stuvland R Children in war a silent majority under stress *Br J Med Psychol* 1994, 67 4 363-375
18. Le Bouedec G., Beytout M., Suzanne E., Jacquetin B. Use of polyvalent antiasthenic agent during the postpartum period: Arcalion. *Trib Med* 1985; April 6-13: 53-4.
19. Lonigan C , Shannon M , Taylor C , Finch A The problem of posttraumatic symptomatology *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 1994, 33 1 94-105
20. Stoppelbein L., Greening L. Posttraumatic Stress Symptoms in parentally bereaved children and adolescents. *Am J Acad Child Adolesc Psychiat* 2000; 39: 9: 613-626.
21. Waynberg J. Asthenia and male sexual dysfunction *JAMA (French Ed)* 1991; 222: 4-12.
22. Yule W. Post-traumatic stress disorder in child survivors of shipping disasters: the sinking of the «Jupiter». *Psychother Psychosom* 1992; 57: 4: 200-205.

23. Zaidi L., Foy D. Childhood abuse experiences and combat-related PTSD. *J Trauma Stress* 1994; 7: 1: 33-42.
24. Аведисова А.С. Антиастенические препараты // *PMЖ*. – 2004. – № 22.
25. Аведисова А.С. Антиастенические препараты как терапия первого выбора при астенических расстройствах // *Здоров'я України*. – 2008. – С.47.
26. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. – М.: Перрлс, 2000. - 296 с.
27. Антропов Ю.Ф. Психосоматические расстройства у детей и подростков. – М., 1997.- 198 с.
28. Благосклонова Н.К., Новикова Л.А. Детская клиническая электроэнцефалография: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1994.
29. Бороян Р.Г. Клиническая фармакология: психиатрия, неврология, эндокринология, ревматология. – М: МЕДИНФО, 2000. – 422 с.
30. Боулби Дж. Привязанность: Пер. с англ. – М.: Гардарики, 2003. - 477с.
31. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей. – М.: Академический проект, 2004. - 232 с.
32. Георгиевский В.П., Комиссаренко Н.Ф., Дмитрук С.Е. Биологически активные вещества лекарственных растений. – Новосибирск: Наука, 1990. – 333с.
33. Головина А.Г. Энерион в терапии астенических расстройств у подростков в амбулаторной психиатрической практике // *Психиатрия*. – 2004. № 3. – С. 9-43.
34. Евтушенко С.К., Омеляненко А.А. Клиническая электроэнцефалография у детей. – Донецк, 2005. – 856 с.
35. Ермолина Л.А., Сосюкало О.Д. Внешние и внутренние факторы в генезе психогенно-реактивных состояний у детей и подростков *Соц. и клин. психиатрия* 1994, 2 27—30.
36. Зенков Л.Р. Клиническая электроэнцефалография (с элементами эпилептологии). — Таганрог: Изд-во ТРТУ, 1996. - 358 с.
37. Изнак А. Ф., Никишова М. Б.. Электрофизиологические корреляты психогенных расстройств. - *Физиология человека* - том 33, № 2, Март-Апрель 2007.
38. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей. – СПб.: Питер, 2000. - 512 с.
39. Ковалев В.В., Леонова Н.К. Панические тревожно-депрессивные состояния у детей и подростков, перенесших стихийные бедствия и катастрофы *Журн невропатол и психиат* 1993, 93 3 60-64
40. Козлова П.В. К дискуссии по теме „нейроциркуляторная дистония у детей и подростков – болезнь или пограничное состояние?“ // *Педиатрия*. – 2003. - №2. – С.105-106.
41. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. – М.: Медпресс-информ, 2002. - 608 с.
42. Михайлова Н.М. Лечение астенических расстройств у пожилых // *РАМН*. – 2004. – № 22.
43. Михайлова Е.С. Нейрофизиологическая характеристика различных типов эндогенных депрессий. Дис. канд. биол. наук – М., 1984.
44. Неврология. Национальное руководство. Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт., ГЭОТАР-Медиа, 2009, 1040
45. Пилягина Г.Я., Дубровская Е.В. Психосоматические расстройства в детском и подростковом возрасте // *Неврология и психиатрия*. – 2008. - №243. – С.60-65.
46. Смудевич А.Б. Психосоматические расстройства // *Руководство по психиатрии* / Под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина. - С. 466-490.
47. Фитотерапия с основами клинической фармакологии / Под ред. В.Г.Кукеса. – М.: Медицина, 1999. – 192 с.
48. Хайтович М.В., Чернишова О.В. Синдром хронічної втоми у дітей з вегетативними дисфункціями: Матеріали наук.-практ.конф. „Наукові та практичні питання педіатрії

та шляхи їх вирішення” (Київ, 12-13 травня 2003 р.) // ПАГ. – 2003. - №2 (додаток). – С.5-6.