

ПСИХОПАТОЛОГИЯ

ПОДХОДЫ К ПОНИМАНИЮ ПСИХИЧЕСКОЙ НОРМЫ И ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ, ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПСИХИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Общее здоровье определяется как состояние человека, которому свойственно не только отсутствие болезней или физических недостатков, но и полное физическое, душевное и социальное благополучие (по ВОЗ)

Основные критерии общего здоровья:

- структурная и функциональная сохранность органов и систем;
- свойственная организму индивидуально достаточно высокая приспособляемость к изменениям в типичной для него природной и социальной среде;
- сохранность привычного самочувствия.

Критерии психического здоровья (по ВОЗ):

- осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я»;
- чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях;
- критичность к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и ее результатам;
- соответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям;
- способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами;
- способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать это;
- способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

ДИНАМИКА ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Течение психических заболеваний

- ❑ Приступообразное течение характеризуется чередованием приступов болезни и светлых промежутков, когда проявления болезни отсутствуют или минимальны.
- ❑ Течение болезни в виде фаз проявляется приступами психической болезни, после окончания которых не происходит существенных изменений личности; фазы бывают представлены аффективными и аффективно-бредовыми расстройствами.
- ❑ Для смешанного (шубообразного) течения заболевания характерно постепенное нарастание изменений личности, и на этом фоне периодически возникают обострения болезни, сдвиги, или шубы. После каждого шуба обнаруживаются более выраженные изменения личности.
- ❑ Волнообразное течение болезни характеризуется периодами ослабления или полного исчезновения симптоматики, однако под влиянием различных факторов (например, психогенных при неврозах) исчезнувшие расстройства снова нарастают.
- ❑ При пароксизмальном течении наблюдаются остро возникающие приступы болезни, обычно повторяющиеся и продолжающиеся относительно короткий промежуток времени (например, при эпилепсии).
- ❑ Прогрессирующее течение постепенным нарастанием и усложнением симптоматики. Такое течение характерно для шизофрении. Каждое ухудшение состояния сопровождается более сложной симптоматикой.
- ❑ Регрессирующее течение заболевания может иметь место при периодических травматических психозах и при динамике психических нарушений травматического генеза.

Этапы течения психических заболеваний:

В течении психических заболеваний выделяют следующие этапы: инициальный, манифестный, расцвета и обратного развития болезни.

В развитии психических болезней большое значение имеет преморбидный период, предшествующий инициальному этапу. В этом периоде оцениваются личностные особенности, акцентуации характера, уровень зрелости личности, предрасполагающие к тому или иному заболеванию. К преморбидным особенностям относятся и признаки дизонтогенеза, которые обнаруживаются у ребенка с самого рождения. Эти признаки еще не являются болезнью, но относятся к факторам риска.

- В *инициальном* периоде у больных обнаруживаются единичные, нестойкие признаки болезни, которые часто проявляются эпизодически.
- *Манифестный*. В этот период появляются типичные для данного заболевания симптомы с формированием всех основных признаков болезни.
- *Период обратного развития* характеризуется постепенным исчезновением симптоматики и в ряде случаев появлением критического отношения к болезни.

Исходы психических заболеваний

- Выздоровление наблюдается сравнительно редко. Чаще наблюдается выздоровление с какими-то более или менее выраженными изменениями личности с сохранением адаптации к окружающему. При этом появившиеся изменения личности замечают только близкие люди.
- Исход болезни в ремиссию с дефектом. Под дефектом принято понимать форму изменения личности, характеризующуюся обеднением, упрощением высших ее свойств и утратой прежних возможностей, которые наблюдаются при различных болезнях и травмах головного мозга.
- Болезнь может протекать хронически, прогрессивно, и в этих случаях больные вынуждены длительное время находиться в психиатрических учреждениях.
- Смерть редко бывает связана с психическим заболеванием, чаще ее причиной являются сопутствующие состояния. Опасными для жизни больного могут быть эпилептический статус, кататоническое возбуждение, нервная анорексия, депрессивные состояния из-за опасности самоубийства.

Роль биологических и социальных факторов в возникновении и динамике психических заболеваний

В генезе психических заболеваний играют роль как социальные, так и биологические факторы, которые тесно взаимосвязаны и оказывают постоянно меняющееся влияние на динамику психических заболеваний.

При психогенных заболеваниях пусковым моментом для возникновения расстройства являются социальные факторы: всевозможные конфликты, происходящие чаще в микросоциальной среде, потеря близких, судебное преследование и др.

Наиболее сложные взаимоотношения биологического и социального можно наблюдать при эндогенных заболеваниях: шизофрении, маниакально-депрессивном психозе.

Тесные взаимоотношения между социальными и биологическими факторами отчетливо прослеживаются при формировании алкоголизма.

Неправильное воспитание, особенно при акцентуациях характера, обычно приводит к возникновению патохарактерологических реакций и формированию психопатий.

Психопатологические симптомы

Симптом — клиническое проявление, единичный признак (паттерн) нарушения, болезненного состояния какой-либо функции организма.

Психопатологический симптом — признак нарушения какой-либо психической функции.

Психопатологические симптомы делятся на позитивные и негативные.

Расстройства ощущений, восприятий и представлений

Иллюзии — расстройства восприятия, при которых реальные явления или предметы воспринимаются человеком в измененном, ошибочном виде. Иллюзии подразделяются на:

- *Аффективные* (аффектогенные) иллюзии возникают под влиянием сильного чувства, такого аффекта как сильный страх, чрезмерное нервное напряжение
- *Вербальные иллюзии* (от лат. *verbalis* — устный, словесный) выражаются в ошибочном восприятии смысла слов, речей окружающих, когда вместо нейтрального для больного разговора окружающих он слышит (что обычно также бывает на фоне сильного страха) угрозы, ругательства, обвинения, якобы относящиеся к нему.
- *Парэйдолические иллюзии* — расстройства восприятия, когда действительно существующие образы воспринимаются изменённо, обычно в причудливо-фантастическом виде.

Иллюзии подразделяют по органам чувств, но чаще всего выделяют зрительные и слуховые.

Галлюцинации — расстройства восприятия, когда человек вследствие нарушений психической деятельности видит, слышит, ощущает то, что в реальной действительности не существует.

- Галлюцинации подразделяются на слуховые, зрительные, обонятельные, вкусовые, тактильные, висцеральные и мышечные галлюцинации. Могут быть и комбинированные галлюцинации.
- Слуховые галлюцинации чаще всего выражаются в патологическом восприятии большим каких-то слов, речей, разговоров (фонемы), а также отдельных звуков или шумов
- Наиболее опасны галлюцинации, содержание которых носит повелительный характер
- К слуховым галлюцинациям относятся также комментирующие, когда больной «слышит речи» обо всем, о чем бы он ни подумал или что бы ни сделал.
- Антагонистические (контрастирующие) галлюцинации выражаются в том, что больной слышит две группы «голосов» или два «голоса» с противоречивым смыслом
- Зрительные галлюцинации могут быть либо элементарными (в виде зигзагов, искр, дыма, пламени — так называемые фотопсии), либо предметными, когда больной очень часто видит не существующих в действительности зверей или людей (в том числе и тех, кого он знает или знал), животных, насекомых, птиц, предметы или иногда части тела человека и т.д. Иногда больной что-то «видит» позади себя, вне поля зрения.

Галлюцинации

- Обонятельные галлюцинации чаще всего представляют собой мнимое восприятие неприятных запахов (больной ощущает запах гниющего мяса, гари, тления, яда, пищи), реже — совсем незнакомый запах, еще реже — запах чего-то приятного.
- Тактильные галлюцинации выражаются в ощущении прикосновения к телу, жжения или холода (термические галлюцинации), в ощущении хватания, появления на теле какой-то жидкости, ползания по телу насекомых.
- Висцеральные галлюцинации — ощущение присутствия в собственном теле каких-то предметов, животных, червей.
- Гипнагогические галлюцинации — зрительные обманы восприятия, появляющиеся обычно вечером перед засыпанием, при закрытых глазах.
- Функциональные галлюцинации — те, что возникают на фоне реального раздражителя, действующего на органы чувств, и только в течение его действия.
- Внушенные и вызванные галлюцинации.
- Галлюцинации — симптом болезненного расстройства. Но иногда, они могут возникать и у здоровых (внушенные в гипнозе, индуцированные) или при патологии органов зрения и слуха.

Дереализация

Дереализация — отчуждение мира восприятий, расстройство перцепции (восприятия) окружающей действительности, при котором восприятие прежде знакомых явлений и предметов, живых существ, пространственных отношений начинает сопровождаться чувством их изменённости, чуждости, неестественности, нереальности.

- Дерезализационное восприятие окружающего может касаться как нескольких анализаторов одновременно (изменение зрительных, слуховых, тактильных, вкусовых и других впечатлений), так и какого-то одного из них (преимущественно зрительного или слухового). Нарушения восприятия при дереализации могут касаться также пространственных взаимоотношений («все куда-то отодвинулось и стало каким-то плоским, как бы нарисованным») и измененного восприятия времени («время течет слишком медленно», «как бы остановилось» или, наоборот, «за этот краткий миг мне показалось, что надо мной пронеслись века»).

Родственными дереализационными явлениями считаются такие симптомы, как уже виденно, уже пережитое, уже испытанное, уже слышанное или, напротив, никогда не виденное. В противоположность этим переживаниям бывает, когда хорошо знакомая ситуация представляется совершенно чуждой, незнакомой, никогда не виданной.

Интеллектуальные расстройства

Различают *деменцию*— приобретенное слабоумие и умственную отсталость.

Различают следующие типы деменций:

- **Органическая деменция** — слабоумие, вызванное главным образом сосудистыми заболеваниями головного мозга, сифилитическими и старческими психозами, травмами головного мозга. Органическое слабоумие обычно делят на две группы:
- **Тотальное слабоумие** характеризуется стойким снижением всех интеллектуальных функций, слабостью суждений, отсутствием критики к своему состоянию.
- **Частичное слабоумие** характеризуется выраженными нарушениями памяти. Остальные интеллектуальные функции страдают главным образом вторично. Такие больные сохраняют способность к суждениям, у них наблюдается критическое отношение к своему состоянию. Им трудно усваивать новое, но старые знания, особенно профессиональные, хорошо закрепленные, могут у них сохраняться довольно долго. Типичная картина такого частичного слабоумия может наблюдаться при церебральном атеросклерозе или сифилисе головного мозга.
- **Шизофреническое слабоумие**, характеризуется интеллектуальной бездеятельностью, безынициативностью, в то время как предпосылки к умственной деятельности еще длительное время могут сохраняться.
- **Эпилептическое слабоумие** выражается не только в значительном снижении памяти, но и в своеобразном изменении мышления, когда человек начинает терять способность различать главное и второстепенное, ему все кажется важным, все мелочи — значительными. Мышление становится вязким, непродуктивным, патологически обстоятельным, больной никак не может выразить свою мысль.

Умственная отсталость

Умственная отсталость — состояние, обусловленное врожденным или раноприобретенным недоразвитием психики с выраженной недостаточностью интеллекта, затрудняющее или делающее полностью невозможным адекватное социальное функционирование индивидуума.

Распространенность.

1. Основная причина: улучшение выявляемости в связи с развитием психиатрических служб.
2. Улучшение системы родовспоможения и медицинской помощи
3. Курение женщин во время беременности, а также алкоголизм
4. Более высокая средней плодовитость умственно отсталых (женщин), чем лиц из общей популяции
5. Повышение уровня мутаций вследствие ухудшения общей экологической ситуации

Степени умственной отсталости

Легкая умственная отсталость (F70).

- Уровень когнитивных способностей КИ 50—69. Речь развивается с задержкой, но она используется в повседневной жизни. Возможно достижение полной независимости в уходе за собой, домашних навыках. Основные затруднения в школьной успеваемости, задержка обучаемости чтению и письму. Мышление предметно-конкретное. Абстрактное мышление недостаточно развито. Возможно обучение неквалифицированному ручному труду.

Умеренная умственная отсталость (F71).

- Уровень когнитивных способностей (КИ) 35—49. 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). Нуждаются в надзоре. Речевой запас достаточен для сообщения о своих потребностях. Фразовая речь слабо развита. Часто сочетается с аутизмом, эпилепсией, неврологической патологией.

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. Возможно развитие коммуникативных навыков.

Глубокая умственная отсталость (F73).

Уровень когнитивных способностей (IQ) ниже 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.

Классификация дифференцированных форм умственной отсталости

1. Наследственно обусловленные формы

Синдромы с множественными врожденными аномалиями

- Хромосомные заболевания
- Генетические синдромы с неясным типом наследования
- Моногенно наследуемые синдромы

Наследственные дефекты обмена

Факоматозы

Неврологические и нервно-мышечные заболевания с умственной отсталостью

2. Умственная отсталость смешанной (наследственно-экзогенной) этиологии

Микроцефалия

Гидроцефалия

Краниостеноз

Врожденный гипотиреоз

3. Экзогенно обусловленные формы умственной отсталости

Алкогольная фетопатия

- Инфекционные эмбриофетопатии (рубеолярная, токсоплазмозная, цитомегаловирусная)
- Гемолитическая болезнь новорожденных



РАССТРОЙСТВА МЫШЛЕНИЯ

Расстройства ассоциативного процесса

- Ускорение мышления выражается в ускоренном течении ассоциативных процессов; мысли очень быстро сменяют друг друга, их так много, что больные, несмотря на очень быструю речь, все-таки не успевают их высказывать. Для патологически ускоренного течения ассоциативных процессов характерна также отвлекаемость. Крайняя степень отвлекаемости выражается в «скачке идей».
- Замедление мышления характеризуется бедностью ассоциаций, замедленным течением ассоциативного процесса, заторможенностью его.
- Патологическая обстоятельность мышления заключается в чрезвычайной вязкости, тугоподвижности мыслительных процессов.
- Персеверация мышления — патологическое застревание, задержка на одних и тех же представлениях, что клинически выражается в повторении (иногда очень длительном) одних и тех же фраз или слов.
- Вербигерация — речевая стереотипия — бессмысленное, нередко ритмическое повторение одних и тех же слов, реже — фраз или их обрывков.

- *Паралогичное мышление* характеризуется отсутствием в мышлении логической связи; выводы, которые делает больной в таких случаях, не только не закономерны, но часто совершенно нелепы.
- *Резонерство* — склонность к пустым рассуждениям, когда, как творят, «очень много слов и мало мыслей». Такое мышление характеризуется бесплодностью, отсутствием конкретности, целенаправленности.
- *Разорванность* мышления выражается в отсутствии связи между отдельными мыслями или даже отдельными словами. Речь такого больного может быть совершенно непонятной, лишенной всякого смысла, и поэтому ее нередко называют словесной крошкой, словесным салатом.
- *Бессвязность* мышления характеризуется полной хаотичностью, бессмысленностью мышления, речь состоит из набора отдельных слов, между собой не связанных
- *Символическое мышление*. При патологическом символизме (свойственном главным образом больным шизофренией) эта патология мышления сугубо индивидуальна и непонятна окружающим. Эта символика может касаться как отдельных слов, понятий, так и всего строя мышления в целом. Больной может воспринимать символически и речь окружающих.

Бредовые идеи

Бредовые идеи (бред) — неправильные умозаключения, ошибочные суждения, ложная убежденность, не соответствующие действительности.

От обычных человеческих заблуждений бред отличается:

- 1) он всегда возникает на болезненной основе, это всегда симптом болезни;
- 2) человек полностью убежден в достоверности своих ошибочных идей;
- 3) бред не поддается никакой коррекции, никакому разубеждению со стороны;
- 4) бредовые убеждения имеют для больного чрезвычайную значимость, так или иначе они влияют на его поведение, определяют его поступки.

Бредовые идеи преследования

- *Бред отношения* заключается в патологическом убеждении человека, что все имеет к нему отношение: окружающие смеются над ним, перемигиваются по его адресу, он вызывает их насмешливое или даже брезгливое к себе отношение.
- *Сенситивный бред отношения* формируется на основе таких особенностей личности, как застенчивость, впечатлительность, ранимость, мнительность.
- *Бред отравления* заключается в болезненной убежденности человека в том, что его хотят отравить.
- *Бред воздействия* может иметь много различных вариантов: больной убежден, что на него на расстоянии воздействуют гипнозом, электричеством, атомной энергией, влияя таким образом на его мышление, поступки, вызывая у него сексуальное возбуждение.
- *Бред преследования* в собственном смысле означает патологическую убежденности в том, что «преследователи» находятся в непосредственном окружении больного, ходят за ним по улице, подстерегают его под окнами дома, под видом больных проникают вслед за ним в клинику...
- *Бред материального ущерба* характеризуется ложной убежденностью в том, что окружающие постоянно обворовывают больного, крадут его вещи и деньги, носят его одежду, получают за него по зарплату или пенсию, портят его имущество.
- *Бред порчи, бред околдования.* Такой бред не следует смешивать с суевериями
- *Бред обвинения*, состоит в болезненном убеждении, что окружающие обвиняют человека в каких-то неблагоприятных поступках, считают вором, насильником, клеветником, а он «никак не может доказать свою невиновность», ему «все равно не верят»
- *Бред ревности* — больной или больная немотивированно ревнуют жену или мужа, без всякого повода убеждены в супружеской неверности

Бредовые идеи величия

- *Бред изобретательства* выражается в том, что больной убежден, что он сделал выдающееся открытие. Близок к этому бреду и бред реформаторства, когда больной убежден, что «открыл идею преобразования мира» и совершит «гениальную реформу».
- *Бред высокого происхождения* заключается в убежденности больного, что он сын всемирно известного человека.
- *Бред богатства* заключается в убежденности больного, что он «владелец несметных сокровищ», «обладает всеми золотыми запасами на земле», у него «дом в миллион комнат».
- *Любовный, эротический (сексуальный) бред* заключается в том, что больной или больная твердо убеждены в необыкновенно сильной любви к ним какого-то человека, возможно, даже и незнакомого, который «безумно любит на расстоянии». Такие больные настойчиво добиваются встречи с «возлюбленным» или «любимой», буквально преследуют их, все поведение окружающих и особенно «предмета любви».
- *Нелепый бред величия* (грандиозных размеров) — так называемый мегаломанический (от греч. *megas* — большой) («все дети на земле родились от него», «все книги, какие в мире есть, написал я, но только под разными именами», «я один могу сразу съесть десять быков») характерен для прогрессивного паралича.

Бредовые идеи самоуничижения (депрессивный бред)

- *Бред самоуничижения*, самообвинения, виновности, греховности — весьма близкие по клиническому содержанию патологические идеи своих мнимых ошибок, несуществующих грехах, несовершенных преступлениях. Подобные бредовые идеи особенно характерны для больных с пресенильными психозами.
- *Ипохондрический бред* выражается в ошибочных умозаключениях по поводу состояния собственного организма, болезненной убежденности в наличии заболевания. Иногда больные утверждают, что они уже не существуют, у них нет желудка, нет кишечника.
- У одного и того же больного может быть либо одна бредовая идея, либо сразу несколько. Кроме того, один вид бредовых идеи может переходить в другой.

СИМПТОМЫ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

Нарушения эмоционального реагирования

Эмоциональное реагирование — острые эмоциональные реакции, возникающие в ответ на различные ситуации. Эмоциональные нарушения характеризуются неадекватностью эмоционального реагирования на внешние события.

- Эксплозивность — повышенная эмоциональная возбудимость, склонность к бурным проявлениям аффекта, неадекватная по силе реакция. Реакция гнева с агрессией может возникнуть по незначительному поводу.
- Эмоциональное застревание — состояние, при котором возникшая аффективная реакция фиксируется на длительное время и оказывает влияние на мысли и поведение.
- Амбивалентность — возникновение одновременно противоположных чувств по отношению к одному и тому же человеку.
- Чувство потери чувств — утрата способности реагировать на происходящие события, мучительное бесчувствие, например при психогенном «эмоциональном параличе».

Симптомы расстройств настроения

- **Гипертимия** — повышенное веселое, радостное настроение, сопровождающееся приливом бодрости, хорошим, даже прекрасным физическим самочувствием, легкостью в решении всех вопросов, переоценкой собственных возможностей.
- **Эйфория** — благодушное, беспечное, беззаботное настроение, переживание полного удовлетворения своим состоянием, недостаточная оценка происходящих событий.
- **Гипотимия** — сниженное настроение, переживание подавленности, тоскливости, безысходности. Внимание фиксировано только на отрицательных событиях, настоящее, прошлое и будущее воспринимаются в мрачных тонах.
- **Дисфория** — злобно-тоскливое настроение с переживанием недовольства собой и окружающими. Часто сопровождается выраженными аффективными реакциями гневливости, ярости с агрессией, отчаяния с суицидальными тенденциями.
- **Тревога** — переживание внутреннего беспокойства, ожидание неприятности, беды, катастрофы. Чувство тревоги может сопровождаться двигательным беспокойством, вегетативными реакциями.

- **Эмоциональная слабость** — лабильность, неустойчивость настроения, изменение его под влиянием незначительных событий.
- **Болезненное психическое бесчувствие.** Больные мучительно переживают утрату всех человеческих чувств — любви к близким, сострадания, горя, тоски.
- **Апатия** — расстройство эмоционально-волевой сферы, проявляющееся безразличием к себе, окружающим лицам и событиям, отсутствием желаний, побуждений и полной бездеятельностью.
- **Эмоциональная монотонность** — эмоциональная холодность. У больного наблюдается ровное, холодное отношение ко всем событиям независимо от их эмоциональной значимости
- **Эмоциональное огрубение.** Оно проявляется в утрате наиболее тонких дифференцированных эмоциональных реакций: исчезает деликатность, сопереживание, появляется расторможенность, назойливость, бесцеремонность. Такие состояния могут наблюдаться при алкоголизме, при атеросклеротических изменениях личности.
- **Эмоциональная, или аффективная, тупость** — расстройство, характеризующееся слабостью эмоциональных реакции и контактов, оскудением чувств, эмоциональной холодностью, переходящее в полное равнодушие и безучастность.

ВОЛЕВЫЕ РАССТРОЙСТВА

- **Абулия** — патологическое отсутствие желаний и побуждений к деятельности.
- **Гипобулия** — понижение волевой активности, бедность побуждений, бездеятельность, вялость, снижение двигательной активности, отсутствие желания общаться.
- **Гипербулия** — повышенная активность, обусловленная значительным числом побуждений к деятельности, часто меняющихся с целью их осуществления.
- **Парабулия** — извращение, изменение волевой активности. Побуждения к деятельности, мотивы и цели реализации извращены в связи с имеющимися у больного психопатологическими симптомами

Нарушения влечений. Извращение ИНСТИНКТИВНЫХ ВЛЕЧЕНИЙ

- Усиление влечения к пище — *булимия*
- *Анорексия*— утрата чувства голода, отсутствие аппетита при наличии физиологической потребности в питании.
- *Парорексия*, или *пикацизм* — извращение аппетита, распространяющееся на несъедобные вещества.
- *Копрофагия* или *скатофагия* — стремление к поеданию собственных экскрементов.
- *Нарушения полового влечения.*

Психопатологические синдромы

Синдром (от греч. syndrome — скопление, стечение) — совокупность симптомов, объединенных единым патогенезом, закономерное сочетание продуктивных и негативных симптомов. Синдром — «совместный бег симптомов».

Астенический синдром

- Это состояние проявляется повышенной утомляемостью, ослаблением или утратой способности к продолжительному физическому и умственному напряжению. У больных наблюдаются раздражительная слабость, выражающаяся повышенной возбудимостью и быстро наступающей вслед за ней истощаемостью, аффективная лабильность с преобладанием пониженного настроения с чертами капризности и недовольства, а также слезливостью. Для астенического синдрома характерна гиперестезия — непереносимость яркого света, громких звуков и резких запахов. Его можно наблюдать не только при всех психических заболеваниях (циклотимии, шизофрении, симптоматических психозах, органических поражениях головного мозга, эпилепсии, при неврозах и психопатиях), но и у соматически больных в период утяжеления основного заболевания или в послеоперационном периоде. Возникновение астенического синдрома связывают с истощением функциональных возможностей нервной системы при ее перенапряжении, а также вследствие аутоинтоксикации или экзогенного токсикоза, нарушений кровоснабжения мозга и обмена в мозговой ткани.

Обсессивный синдром

- *Обсессивный синдром* (синдром навязчивости) — состояние с преобладанием в клинической картине чувств, мыслей, страхов, воспоминаний, возникающих помимо желания больных, но при сознании их болезненности и критическом отношении к ним. Несмотря на понимание бессмысленности навязчивостей, больные бессильны в своих попытках преодолеть их. Навязчивости (обсессии) подразделяют на **навязчивости чувственные**: навязчивые сомнения, воспоминания, представления, влечения, действия, страхи, навязчивое чувство антипатии, навязчивое опасение в отношении привычных поступков и **Навязчивости аффективно-нейтрального содержания** — навязчивое мудрствование, навязчивый счет, навязчивое воспоминание нейтральных событий, терминов, формулировок и др.

Истерические синдромы

- **Истерический припадок** возникает внезапно и проявляется разнообразными сложными выразительными движениями: больные стучат ногами, простирают руки, рвут на себе волосы, одежду, стискивают зубы, дрожат, катаются по полу, выгибаются всем телом, опираясь на затылок и пятки ("истерическая дуга"), плачут, рыдают, кричат, повторяют одну и ту же фразу.
- **Истерические парезы и параличи** возникают по типу моно-, геми- и параплегии, нередко сопровождаются расстройствами чувствительности, которые, как правило, не соответствуют анатомической иннервации. У больных могут развиваться расстройства речи — заикание, афония (беззвучная речь), мутизм (немота) и сурдомутизм (глухонемота), нарушения зрения — частичная или полная слепота либо сужение полей зрения, а также вегетативные расстройства — рвота, икота, отрыжка, спазм мышц глотки ("истерический ком") и пищевода, тахикардия, полиурия или анурия.
- **Истерические сумеречные состояния** — своеобразные расстройства, проявляющиеся наплывом ярких галлюцинаций, полностью замещающих реальную обстановку. Поведение больных театрально. Истерические сумеречные состояния могут быть затяжными — по несколько дней. После выхода наступает полная амнезия.

- **Истерические амбулаторные автоматизмы и фуги** характеризуются нарушениями сознания различной глубины. Данные состояния обычно сопровождаются амнезией.
- **Синдром Ганзера** — один из вариантов истерического сумеречного помрачения сознания. В этих случаях больные не могут ответить на элементарные вопросы, произвести то или иное простое действие, решить несложную арифметическую задачу, объяснить смысл картинки. Продолжительность синдрома Ганзера составляет несколько дней. После выхода из состояния наблюдается амнезия.
- **Псевдодеменция** отличается от ганзеровского синдрома относительно меньшей глубиной сумеречного помрачения сознания. Больные растеряны, жалуются на невозможность разобраться в окружающей ситуации, бессмысленно смотрят перед собой, отвечают невпопад, дурашливы, таращат глаза; то смеются, то подавлены; не могут справиться с простейшей задачей, ответить на вопрос обыденного содержания и вместе с этим неожиданно правильно отвечают на сложный вопрос. Состояния псевдодеменции могут продолжаться от нескольких дней до нескольких месяцев.
- **Пуэрилизм** — нелепое, не соответствующее психике взрослого человека ребячливое поведение, проявляющееся детскими манерами, жестами, шалостями. Настроение обычно подавленное, несмотря на игривость и внешнюю подвижность. Пуэрилизм по сравнению с псевдодеменцией имеет более затяжное течение.
- **Истерический ступор** — состояние, проявляющееся обездвиженностью и мутизмом. Имеет тенденцию к затяжному течению.

Синдром психосенсорных расстройств

- Это состояния, при которых наблюдается нарушение восприятия величины и формы предметов или отдельных их фрагментов, а также ощущение увеличения или уменьшения тела самого больного или его отдельных частей. В клинической картине такого синдрома различают: *метаморфопсии* — искажения восприятия величины предметов.
- При *макропсии* предметы представляются больному в увеличенном виде, при *микрорпсии* величина предметов кажется резко уменьшенной. О *порропсиях* говорят в тех случаях, когда больные ощущают изменение величины окружающего пространства, при этом предметы кажутся или чрезмерно удаленными, или приближенными. *Дисмегалопсии* — изменения восприятия предметов, при которых последние кажутся перекрученными вокруг вертикальной или горизонтальной оси. Расстройства схемы тела обозначают как *аутометаморфопсии*.

Ипохондрический синдромы

Проявляются утрированной озабоченностью своим здоровьем, соответствующей интерпретацией телесных ощущений, убежденностью в существовании того или иного заболевания вопреки разубеждениям и аргументированным результатам медицинских исследований. Ипохондрия может быть основным содержанием *галлюцинаторно-параноидного синдрома (синдрома Кандинского—Клерамбо)*. У пациента возникает убеждение, что та или иная болезнь развилась в результате воздействия на его организм гипнозом, электрическим током, атомной энергией и т.д. Нередко ипохондрический бред проявляется убежденностью в том, что организм разрушается вирусами, микробами, насекомыми, введенными тем или иным методом преследователями (бред одержимости). Бред может подвергаться фантастическому преобразованию. Больные утверждают, что у них отсутствуют внутренние органы: сердце, легкие, желудок или же они подверглись необратимой деструкции. Нередко дело доходит до идей отрицания физического Я (ипохондрический нигилистический бред, иногда достигающий степени громадности — ипохондрический вариант синдрома Котара).

Аффективные синдромы.

- **Синдром депрессии.** Типичная депрессия характеризуется классической триадой, которую составляют сниженное настроение (гипотимия), моторная и идеаторная заторможенность (*депрессивная триада*). Для депрессий характерны также расстройства сна — бессонница, неглубокий сон с частыми пробуждениями или отсутствие чувства сна. Депрессиям свойственен и ряд соматических расстройств.
- **Маниакальный синдром** характеризуется повышенным настроением, ускорением ассоциативных процессов и чрезмерным стремлением к деятельности (*маниакальная триада*). Больным свойственны веселость, отвлекаемость, изменчивость внимания, поверхностность суждений и оценок, оптимистическое отношение к своему настоящему и будущему; они находятся в превосходном расположении духа, ощущают необычайную бодрость, прилив сил, им чужда утомляемость.

Кататонический синдром

- *Кататонический ступор* проявляется обездвиженностью, повышением мышечного тонуса и мутизмом (отказом от речи). Различают : *ступор с явлениями восковой гибкости (каталепсия)* — состояние, при котором любое изменение позы больного сохраняется более или менее продолжительное время;
- *Негативистический ступор* проявляется полной обездвиженностью больного, причем любая попытка изменить позу вызывает резкое напряжение мышц с противодействием.
- *Ступор с оцепенением* — состояние резчайшего мышечного напряжения, при котором больные постоянно пребывают в одной и той же позе, чаще во внутриутробной.
- *Экстатическое, или растерянно-патетическое, возбуждение* больные принимают театральные позы, поют, декламируют стихи, на их лицах преобладает выражение восторга, проникновенности. Речь выпрещена, непоследовательна.
- *Импульсивное возбуждение* выражается в неожиданных, внезапных поступках.
- *Гебефреническое возбуждение* характеризуется дурашливостью, гримасничаньем, нелепым, бессмысленным хохотом.
- *Немое (безмолвное) возбуждение* — хаотическое, нецеленаправленное, безмолвное с агрессией, яростным сопротивлением, нанесением себе и окружающим тяжелых повреждений. На высоте такого возбуждения движения больных становятся ритмическими.

Помрачение сознания

- К синдромам помрачения сознания относятся некоторые психопатологические состояния, при которых обнаруживается нарушение познания окружающей действительности. Первый признак синдромов помрачения сознания — *отрешенность от окружающей действительности*, Второй признак — *дезориентировка в окружающем*, т.е. в месте, времени, окружающих лицах, собственной личности. Третий признак — *нарушение мышления*, заключающееся в слабости или невозможности суждений, бессвязности мышления- больной использует в речи ограниченное количество слов, речь представляется крайне бедной и маловыразительной; крайнее затруднение при ответе на достаточно простые вопросы или при попытке оценить ту или иную ситуацию. При бессвязной речи больные произносят фразы, не содержащие смысла, отдельные слова не имеют связи друг с другом. Нередко речь состоит из отдельных слогов и звуков. Четвертый признак — *амнезия периода помраченного сознания* полная или частичная.

- *Недифференцированные, бессодержательные страхи*- приступы страхов с переживанием непреодолимой угрозы для жизни в сочетании с двигательным беспокойством и вегетативными расстройствами. Тематики нет - боюсь и все. Чаще в младшем возрасте. Встречается при неврозах, шизофрении, органическом поражении ЦНС.
- *Страхи бредового содержания* - отличаются переживанием скрытой угрозы со стороны людей, животных, неодушевленных предметов, сопровождаются подозрительностью. Тематика зависит от возраста. (обыденные предметы, водопроводные краны, персонажи фильмов, тени, бандиты, наркоманы, в пубертате - ипохондрические переживания, негативное отношение к родителям). Встречается шизофрении.
- *Ночные страхи* - у 2-3 % детей школьного возраста, это рудименты нарушения сознания. Могут иметь сверхценное содержание. Встречаются при неврозах, истерии, эпилепсии.

Синдром зависимости

- **Алкоголизм** — вызванное злоупотреблением спиртными напитками хроническое психическое заболевание, характеризующееся патологическим влечением к алкоголю и связанными с ним физическими и психическими последствиями алкогольной интоксикации нарастающей тяжести.

Синдром зависимости от алкоголя включает в себя: 1) сильное желание принять алкоголь или настоятельную потребность в алкоголе, 2) нарушение способности контролировать его потребление; 3) появление тенденции употреблять алкоголь одинаково как в будни, так и в выходные дни, несмотря на социальные сдерживающие факторы («сужение репертуара» потребления); 4) прогрессирующее пренебрежение альтернативными удовольствиями и интересами; 5) продолжение употребления алкоголя, несмотря на очевидные вредные последствия; 6) абстинентный синдром; 7) опохмеление; 8) повышение толерантности к алкоголю.

Стадии алкоголизма

- **I (начальная) стадия**, которая находится на границе между болезнью и отсутствием таковой. Граница эта размыта в силу плавного перехода от простого злоупотребления алкоголем (бытовое пьянство) к патологическому влечению. Эта стадия характеризуется патологическим влечением к алкоголю, неврозоподобными расстройствами, которые, определяют изменения поведения и социального облика больного. На этой стадии изменяется также симптоматика алкогольного опьянения в сторону уменьшения выраженности эйфории, появления раздражительности, грубости, агрессивности, придирчивости. Во время опьянения более отчетливо выявляется заострение преморбидных личностных особенностей — бахвальство, эгоцентризм, обидчивость, ригидность. Кроме того, наблюдается значительный рост толерантности к алкоголю.
- **Вторая стадия** алкоголизма отличается от I стадии наличием алкогольного абстинентного синдрома. Регулярное опохмеление все чаще ведет к последующему неконтролируемому поглощению алкоголя и дальнейшему ежедневному пьянству. Возникновению запоев сопутствуют все более углубляющиеся эмоциональные нарушения в виде предшествующих депрессивно-дисфорических или депрессивно-апатических состояний. Толерантность к алкоголю вырастает до максимума. Становятся отчетливыми признаки морально-этического снижения и огрубления. Формируются психопатоподобные состояния либо заостряются преморбидные личностные особенности. В картине алкогольного опьянения, помимо углубления тех изменений, которые отмечались на первой стадии, появляется «органический» оттенок: психическая ригидность, агрессия, брутальность аффекта, амнезия периода опьянения

- **Третья (конечная) стадия** характеризуется в первую очередь психическим дефектом, в картине которого на первом плане — отсутствие тонких и усиление примитивных эмоций, исчезновение душевных привязанностей и интересов, преобладание и распушенность низменных влечений, эйфория, некритичность, бездеятельность, ослабление интеллектуально-мнестических функций и другие признаки алкогольной деградации. Толерантность к алкоголю в III стадии в отличие от первых двух значительно снижается. Больной непрерывно пребывает в состоянии алкогольного опьянения. Симптоматика алкогольного опьянения, полностью лишенная эйфорической окраски, напоминает психотические расстройства: больные бессвязно бормочут, к кому-то обращаются, грозят, жестикулируют.

Если же происходит полное отнятие алкоголя, абстинентный синдром протекает очень тяжело и включает выраженные психопатологические нарушения — страх, бессонницу, отдельные иллюзорные и галлюцинаторные расстройства, идеи отношения, виновности и преследования. Нередко в картине абстинентного синдрома наблюдается психоорганическая симптоматика — интеллектуальная беспомощность, элементы амнестической дезориентировки, ослабление контроля функции тазовых органов (непроизвольное мочеиспускание); возможны эпилептические припадки.

- *Наркомании (токсикомании) — заболевания, характеризующиеся патологическим влечением к различным психоактивным веществам, развитием зависимости и толерантности к ним выраженными медико-социальными последствиями.*
- В клинической картине наркомании и токсикоманий представлены три основных синдрома: **психическая зависимость, физическая зависимость, толерантность.**

Психическая зависимость — это болезненное стремление непрерывно или периодически принимать наркотический или другой психоактивный препарат с тем, чтобы испытать определенные ощущения либо снять явления психического дискомфорта..

Выделяют:

- **Психическое влечение** характеризуется постоянными мыслями о наркотике, которые сопровождаются подъемом настроения, оживлением в предвкушении его приема, подавленностью, неудовлетворенностью в отсутствии такового. Поскольку мысли о наркотике часто носят навязчивый характер, это дало основание обозначить психическое влечение как **обсессивное**. Психическое влечение может сопровождаться борьбой мотивов и частичной критикой, но может быть и неосознанным, проявляться в изменении настроения и поведении больных. В зависимости от препарата, которым злоупотребляет пациент, психическое влечение может быть постоянным, периодическим или циклическим. Оно может актуализироваться под влиянием различных ситуационных или психогенных факторов.
- **Компульсивное влечение** характеризуется непреодолимым стремлением к наркотизации с тотальной охваченностью больного в его стремлении получить наркотик, может сопровождаться суженным сознанием, полным отсутствием критики, определяет поведение, поступки больных, мотивацию их действий. В апогее компульсивное влечение может характеризоваться психомоторным возбуждением. Для компульсивного влечения характерны не только психические, но и соматоневрологические нарушения: расширение зрачков, гипергидроз, сухость во рту, гиперрефлексия, тремор.

Компульсивное влечение может проявляться как в отсутствие интоксикации — в структуре абстинентного синдрома или в периоде ремиссии, когда оно неизбежно ведет к рецидиву, так и в состоянии интоксикации, когда на высоте опьянения у больных возникает непреодолимое желание "добавить" наркотик ("догнаться" — на жаргоне наркоманов). В последнем случае компульсивное влечение нередко сопровождается утратой контроля и ведет к передозировке наркотика.

- **Физическая зависимость** — это состояние перестройки всех функций организма в ответ на хроническое употребление психоактивных препаратов. Проявляется выраженными психическими и соматическими нарушениями при прекращении приема наркотика или при нейтрализации его действия специфическими антагонистами. Эти нарушения обозначаются как *абстинентный синдром, синдром отмены* или *синдром лишения*.

Клинические проявления абстинентного синдрома при разных видах наркомании и токсикоманий различны. Сроки формирования физической зависимости (абстинентного синдрома), как и его продолжительность при разных видах наркомании и токсикоманий, также различны и зависят от темпа наркотизации, употребляемых доз, способа введения наркотика.

Физическая зависимость (абстинентный синдром) развивается в процессе хронического употребления не всех наркотических препаратов.

- **Толерантность.** Под толерантностью подразумевается состояние адаптации к наркотическим или другим психоактивным веществам, характеризующееся уменьшенной реакцией на введение того же количества наркотика, когда для достижения прежнего эффекта требуется более высокая доза препарата. Через определенное время после начала систематического употребления наркотиков первоначальная доза перестает оказывать желаемое действие, и больной вынужден повышать дозу. В дальнейшем и эта доза становится недостаточной и возникает потребность в еще большем ее увеличении. Происходит рост толерантности.
- **Плато толерантности.** На определенном этапе развития наркомании толерантность достигает максимума и длительное время остается постоянной. Больной в этот период принимает наивысшие для него дозы наркотика. Дальнейшее увеличение доз уже не вызывает эйфории и может привести к передозировке.
- **Снижение толерантности.** У больных с большой длительностью заболевания наступает период, когда они не могут переносить прежние высокие дозы наркотика и вынуждены их снижать; увеличение дозы вызывает передозировку. В ряде случаев, когда больные решили прервать наркотизацию, они искусственно снижают дозу наркотика, чтобы легче перенести состояние абстиненции.



КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

● F8. НАРУШЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

F80 Специфические расстройства развития речи

F80.0 Специфические расстройства артикуляции речи

F80.1 Расстройство экспрессивной речи

F80.2 Расстройство рецептивной речи

F80.3 Приобретенная афазия с эпилепсией (синдром Ландау-Клеффнера)

F80.8 Другие расстройства развития речи

F80.9 Расстройства развития речи, неуточненное

F81 Специфические расстройства развития школьных навыков

F81.0 Специфическое расстройство чтения

F81.1 Специфическое расстройство спеллингования (перевод устной речи в письменную)

F81.2 Специфическое расстройство навыков счета

F81.3 Смешанное расстройство школьных навыков

F81.8 Другие расстройства школьных навыков

F81.9 Расстройство развития школьных навыков, неуточненное

F82 Специфическое расстройство развития двигательных функций

F83 Смешанные специфические расстройства

F84 Общие расстройства развития

- F84.0 Детский аутизм
- F84.1 Атипичный аутизм
- F84.2 Синдром Ретта
- F84.3 Другое дезинтегративное расстройство детского возраста
- F84.4 Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями
- F84.5 Синдром Аспергера
- F84.8 Другие общие расстройства развития
- F84.9 Общее расстройство развития, неуточненное
- F88 Другие расстройства психологического развития
- F89 Неуточненное расстройство психологического развития

F9. ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА, НАЧИНАЮЩИЕСЯ ОБЫЧНО В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

F90 Гиперкинетические расстройства

F90.0 Нарушение активности внимания

F90.1 Гиперкинетическое расстройство поведения

F90.8 Другие гиперкинетические расстройства

F90.9 Гиперкинетическое расстройство, неуточненное

F91 Расстройства поведения

F91.0 Расстройство поведения, ограничивающееся условиями семьи

F91.1 Несоциализированное расстройство поведения

F91.2 Социализированное расстройство поведения

F91.3 Оппозиционно-вызывающее расстройство

F91.8 Другие расстройства поведения

F91.9 Расстройство поведения, неуточненное

F92 Смешанные расстройства поведения и эмоций

F92.0 Депрессивное расстройство поведения

F92.8 Другие смешанные расстройства поведения и эмоций

F92.9 Смешанное расстройство поведения и эмоций, неуточненное

F93 Эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста

F93.0 Тревожное расстройство в связи с разлукой в детском возрасте

F93.1 Фобическое тревожное расстройство детского возраста

F93.2 Социальное тревожное расстройство детского возраста

F93.3 Расстройство сиблингового соперничества



- F93.8 Другие эмоциональные расстройства детского возраста
- F93.9 Эмоциональное расстройство детского возраста, неуточненное
- F94 Расстройства социального функционирования с началом, специфическим для детского возраста
- F94.0 Элективный мутизм
- F94.1 Реактивное расстройство привязанности детского возраста
- F94.2 Расторможенное расстройство привязанности детского возраста
- F94.8 Другие расстройства социального функционирования детского возраста
- F94.9 Расстройство социального функционирования детского возраста, неуточненное
- F95 Тикозные расстройства
- F95.0 Транзиторное тикозное расстройство
- F95.1 Хроническое двигательное или голосовое тикозное расстройство
- F95.2 Комбинированное голосовое и множественное двигательное тикозное расстройство (синдром де ля Туретта)
- F95.8 Другие тикозные расстройства
- F95.9 Тикозное расстройство, неуточненное

F98 Другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте

- F98 Другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте
- F98.0 Неорганический энурез .00 Только ночной энурез .01 Только дневной энурез .02 Ночной и дневной энурез
- F98.1 Неорганический энкопрез .10 Неспособность приобретения физиологического контроля кишечника .11 Адекватный контроль кишечника и дефекация в неадекватных местах с нормальной консистенцией кала .12 Загрязнение в связи с жидкой консистенцией кала
- F98.2 Расстройство питания в младенческом возрасте
- F98.3 Поедание несъедобного (пика) в младенчестве и в детстве
- F98.4 Стереотипные двигательные расстройства .40 Без самоповреждений .41 С самоповреждениями .42 Смешанное
- F98.5 Заикание
- F98.6 Речь захлеб
- F98.8 Другие специфические поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте
- F98.9 Неуточненные поведенческие

Психопатологические синдромы детского возраста

Синдром невропатии

Наиболее распространен в возрасте от 0 до 3 лет, разгар клинических проявлений приходится на возраст 2 года, затем постепенно симптомы угасают, но в трансформированном виде может наблюдаться в дошкольном и младшем школьном возрасте. В грудном возрасте основными проявлениями невропатии выступают соматовегетативные расстройства и нарушение сна. К первым относятся нарушение функции органов пищеварения: срыгивания, рвота, запоры, поносы, снижение аппетита, гипотрофия. Вегетативные расстройства - бледность кожных покровов, неустойчивость, лабильность пульса оживленные вазомоторные реакции, повышение температуры тела не связанное с соматическим заболеванием. Нарушение сна - недостаточная глубина и извращенная формула. Для таких детей характерна повышенная чувствительность к любым раздражителям - двигательное беспокойство, плаксивость в ответ на обычные раздражители (смена белья, изменение положения тела и т.п.) Имеет место патология инстинктов, прежде всего, повышен инстинкт самосохранения, с этим связана плохая переносимость всего нового. Соматовегетативные расстройства усиливаются при перемене обстановки, изменении режима дня, ухода и пр. Выражена боязнь незнакомых людей и новых игрушек

Гипердинамический синдром

- Встречается у 5-10% школьников младших классов, причем у мальчиков в 2 раза чаще, чем у девочек. Первое клиническое описание этого синдрома было представлено в Британском журнале «Ланцет» в 1902 г. Синдром встречается в возрастном диапазоне от 1,5 до 15 лет, однако наиболее интенсивно он проявляется в конце дошкольного и начале школьного возраста. Основные проявления — общее двигательное беспокойство, неусидчивость, обилие лишних движений, импульсивность в поступках, нарушение концентрации активного внимания. Дети бегают, прыгают, не удерживаются на месте, хватают или трогают предметы, попадающие в их поле зрения. Задают много вопросов и не выслушивают ответов на них. Часто нарушают дисциплинарные требования. Перечисленные симптомы приводят к нарушению школьной адаптации при хорошем интеллекте, дети испытывают трудности в усвоении учебного материала. Динамика следующая: первые проявления в виде общего беспокойства в раннем и преддошкольном возрасте, наиболее интенсивная симптоматика в 6-8 лет и 9-10 лет, двигательная расторможенность сглаживается и полностью исчезает в 14-15 лет. Встречается при всех психических заболеваниях детского возраста, наиболее часто при органическом поражении ЦНС. В этиологии ведущее место занимает действие экзогенного патологического фактора в перинатальном или раннем постнатальном периоде.

Синдром страхов

- Признаками патологических страхов является: беспричинность, не соответствие интенсивности страхов силе раздражителя, длительность, склонность к генерализации, нарушение общего состояния. Выделяют 5 основных групп страхов в детском возрасте:
- *Навязчивые страхи* - отличается конкретностью, простотой содержания, связаны с психотравмирующей ситуацией. Сопровождаются осознанием чуждости, болезненности, чувством внутренней несвободы и желанием их преодолеть. Содержание зависит от возраста (страх ходьбы, острых предметов, закрытых помещений, страх покраснеть, страх речи и т.п.) Встречается при неврозах и шизофрении.
- *Страх со сверхценным содержанием.* Связан с особым отношением к определенным объектам или предметам, которые первоначально вызвали испуг. Они носят характер приступов, сопровождаются тревогой, вегетативными расстройствами, успокаивающее действие окружающих малоэффективно. Переживания страха не осознаются как болезненные, отсутствует стремление к преодолению (страх грозы, одиночества, привидений, остановки сердца и т.п.). Встречается при неврозах и шизофрении.

Психопатологические синдромы подросткового возраста

Гебоидный синдром - характеризуется заострением и искажением эмоционально-волевых особенностей личности. Основной компонент - расторможенность и извращение примитивных влечений, утрата и ослабление высших нравственных установок (добро и зло, дозволенное и недозволенное), притупление высших эмоций. В поведении отмечается склонность к антисоциальным поступкам и особая оппозиционность к общепринятым взглядам и нормам. Развитию гебоидного синдрома предшествуют расстройства влечений: садистические наклонности, желания причинять боль окружающим, мучить животных, стремление ко всему, что вызывает брезгливость или отвращение у большинства людей. У детей отмечается особое тяготение к эмоционально отрицательным событиям: ссоры, драки, убийства, пожары. Патология влечений может проявляться склонностью к воровству, прожорливостью, бродяжничеству. Патология влечений выступает в форме повышенной сексуальности. Постепенно к расстройству влечений и инстинктов присоединяются нарушения влечений в форме бродяжничества, воровства, употребления алкоголя и токсикоманических веществ. Асоциальное поведение способствует снижению нравственных установок, отказу от работы и учебы. Гебоидный синдром может встречаться в рамках психопатии и органического поражения ЦНС. При шизофрении симптоматика более стойкая.

Синдром уходов и бродяжничества

- Очень разнообразен по причинам возникновения, но однообразен по внешним проявлениям. Встречается в возрасте от 7 до 17 лет, но чаще в пубертате. На этапе формирования, проявления этого симптома отчетливо зависят от индивидуальных особенностей личности и микросоциального окружения. У детей и подростков с чертами тормозимости, обидчивых, чувствительных уходы связаны с переживанием обиды, ущемленного самолюбия. При преобладании черт эмоционально-волевой неустойчивости, инфантилизма - уходы связаны с боязнью трудностей (контрольная, строгий педагог). Гипертимные подростки, а также здоровые дети испытывают потребность в новых впечатлениях, развлечениях «сенсорная жажда» и с этим связаны уходы. Особое место занимают немотивированные уходы на эмоционально холодном фоне. Дети уходят в одиночку, неожиданно, бесцельно блуждают, не проявляют интереса к ярким зрелищам, новым впечатлениям, неохотно вступают в контакт с окружающими (часами катаются по одному маршруту на транспорте). Они сами возвращаются и ведут себя так, как будто ничего не случилось. Это бывает при шизофрении и эпилепсии. Независимо от причин начальных уходов, формируется своеобразный стереотип реагирования на психотравмирующие обстоятельства. По мере повторения уходов предпочтение отдается асоциальным формам поведения, присоединяются правонарушения, влияние асоциальных групп. Длительное существование уходов приводит к формированию патологических черт личности: лживость, изворотливость, стремление к примитивным удовольствиям, отрицательное отношение к труду и всякой регламентации.

Синдром дисморфофобии

- Болезненная идея мнимого или необоснованного преувеличения имеющегося физического недостатка. Синдром включает так же идеи отношения, сниженное или депрессивное настроение. Этот синдром наиболее характерен для пубертатного возраста, но в ряде случаев может сохраняться до 30 лет. Эпизодические дисморфофобические идеи связанные со сверхценным отношением к реальным недостаткам (невысокий рост, полные бедра) встречаются и в норме, но они поддаются коррекции и не нарушают адаптацию. Выраженный синдром характеризуется неотступностью мыслей и представлений о мнимом уродстве. Появляются идеи отношения, которые сопровождаются вербальными иллюзиями (в голосах прохожих, в разговорах сверстников, слышат насмешливые реплики). Идеи физического недостатка сопровождаются пониженным и даже тоскливым настроением, иногда с суицидальными мыслями. Меняется поведение, подросток избегает людных мест, меняет прическу, чтобы замаскировать дефект. Нередко обращается к хирургу - косметологу. У старших подростков дисморфофобические переживания включают развернутую картину интерпретации характера мнимого дефекта его происхождения, влияния на весь организм. Возникновение синдрома может быть постепенным или внезапным по типу озарения. Наблюдается у больных шизофренией, при неврозе навязчивости, истерическом неврозе. Достаточно стойкие расстройства возникают у подростков с физическими недостатками.

Синдром односторонних сверхценных интересов и увлечений

Определяется наличием связанных с болезненно усиленным влечением сверхценных увлечений. Выделяют 2 типа синдромов. Первый вариант - в основе синдрома сверхценная идеаторная, интеллектуальная деятельность, например, вопросы «о мировом сознании, вневременной морали». Этим вопросам уделяется большая часть времени в ущерб досугу и учебе. Интеллектуальная деятельность имеет непродуктивный характер, «болезненное мудорствование». Подростки часами предаются размышлениям, однако, не проявляют стремления к реализации своих мыслей. «философской интоксикации» («метафизическая интоксикация»).

Вторая группа синдромов сверхценных увлечений - те формы, при которых ведущее значение занимают стремление к той или иной конкретной деятельности «странные увлечения»: усиленные занятия практически не используемых в жизни языками, физические упражнения с целью укрепления связок опорно-двигательного аппарата рук. Обычно этот синдром возникает в интервале 11-17 лет в рамках шизофрении, психопатии шизоидного круга.