Комитет общего и профессионального образования
Ленинградской области

Государственное автономное образовательное учреждение
дополнительного профессионального образования
«Ленинградский областной институт развития образования»

Кафедра специальной педагогики

В. В. Поздняк

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВОПРОСАМ ПСИХОПАТОЛОГИИ В КУРСЕ ОЛИГОФРЕНОПЕДАГОГИКИ

Учебное пособие

Санкт-Петербург
2020

УДК 376.4
ББК 74.55
П 47

Печатается по решению редакционно-издательского совета ГАОУ ДПО «ЛОИРО», в рамках реализации государственного задания на 2020 год

Под общей редакцией **О. В. Ковальчук**, д-ра пед. наук, профессора, ректора ГАОУ ДПО «ЛОИРО»

Рецензент **В. С. Кошкина**, канд. пед. наук, доцент, советник при ректорате ГАОУ ДПО «Ленинградский областной институт развития образования», заслуженный учитель РФ

П 47 **Поздняк, В. В.**

Методические рекомендации по вопросам психопатологии в курсе олигофренопедагогики : учеб. пособие. – СПб. : ГАОУ ДПО «ЛОИРО», 2020. – 99 с.

ISBN 978-5-91143-781-7

Представлены материалы по модулю «Психопатология» в курсе «Олигофренопедагогика», дающие представление о базовых формах психической дезадаптации и клинических вариантах пограничных состояний у детей с нарушениями развития, о механизмах развития различных симптомов, синдромов, патологических состояний и заболеваний. Даны рекомендации по работе с детьми с психопатологическими расстройствами.

Пособие может быть полезно педагогическим работникам образовательных организаций, студентам, обучающимся по направлению «Специальное (дефектологическое) образование».

ISBN 978-5-91143-781-7

© Комитет общего и профессионального образования Ленинградской области, 2020
© В.В. Поздняк, 2020
© ГАОУ ДПО «ЛОИРО», 2020

Оглавление

Введение 4
1. Организация психиатрической помощи в Российской Федерации 5
2. Методы обследования в психиатрии 8
3. Введение в психиатрию 11
3.1. Патология ощущений и восприятия 12
3.2. Патология мышления 16
3.3. Патология эмоций 21
3.4. Патология волевой сферы. 25
3.5. Патология памяти. 28
3.6. Патология внимания. 31
3.7. Патология интеллекта. 32
3.8. Патология сознания. 34
4. Вопросы частной психиатрии. 40
4.1. Шизофрения 40
4.2. Маниакально-депрессивный психоз. 45
4.3. Аффективные расстройства у детей 47
4.4. Экзогенные психические расстройства (психические расстройства при соматических, инфекционных заболеваниях и интоксикациях) 48
4.5. Общее психическое недоразвитие. 51
4.6. Расстройства аутистического спектра. 57
4.7. Задержка психического развития. 61
4.8. Неврозы. 63
4.9. Системные неврозы 67
4.10. Психопатии. 72
5. Методические рекомендации по работе с детьми с психопатологическими расстройствами 84

Список литературы 99

ВВЕДЕНИЕ

Медицинский курс психопатологии детского возраста составляет клиническую основу дефектологического образования. В ходе изучения модуля слушатели знакомятся с развитием науки и отношением к психически больным в разные исторические периоды. Рассматриваются вопросы, имеющие непосредственное отношение к дефектологии: значение биологических и социальных факторов в возникновении психических заболеваний, значение возраста и критических периодов в возникновении и развитии болезни, исходных состояний в вариантах дефекта, определяется роль и значение педагога-дефектолога в системе медико-педагогической реабилитации детей с нарушениями развития.

Программа модуля включает вопросы общей и частной психопатологии. Учитывая специфику работы с обучающимися, имеющими нарушение интеллекта, особое внимание в содержании модуля уделено клинической характеристике умственной отсталости, включающей причины возникновения, проявления, методы дифференциальной диагностики, динамику развития умственно отсталых детей.

Занятия по модулю психопатологии детского возраста проходят в форме лекций, практических занятий. На лекциях рассматриваются теоретические проблемы в сравнительно-возрастном аспекте, практические занятия проходят в форме собеседования, выполнения практических заданий, разборов различных клинических случаев отклонений в развитии, поведении детей, родители которых обращаются в психолого-медико-педагогическую комиссию (ПМПК) за помощью.

1. Организация психиатрической помощи в Российской Федерации

Психиатрическая помощь в Российской Федерации оказывается в амбулаторном (внебольничном) и стационарном (больничном) звене дифференцированно, преемственно и ступенчато.

Дифференцированность заключается в организации помощи различным контингентам больных (общая, детско-подростковая, гериатрическая, пограничная психиатрическая помощь, судебно-психиатрическая экспертиза, наркологическая служба).

Преемственность работы основывается на тесном взаимодействии психиатрических учреждений различного уровня (стационарного, полустационарного, амбулаторного).

Ступенчатость психиатрической помощи заключается в возможности оказания психиатрической помощи в различных медицинских учреждениях (психиатрических кабинетах поликлиник, медсанчастей, в психоневрологических диспансерах (ПНД), психиатрических больницах (ПБ)).

Основная амбулаторная помощь оказывается в ПНД, которые располагаются по территориальному принципу. Принцип территориального обслуживания позволяет с одной стороны сделать помощь максимально доступной для населения, с другой – тесно интегрировать психиатрическую помощь в общую медицинскую помощь.

Стационарная помощь осуществляется в условиях специализированных психиатрических больниц. В ПБ имеется следующая специализация отделений: общего профиля, подростковые, гериатрические, судебно-психиатрические, для соматически ослабленных больных.

В психиатрической помощи детям и подросткам особое внимание оказывается организации амбулаторного звена. Общие принципы организации психиатрической помощи детям и подросткам были сформулированы В.В. Ковалевым (1995):

1. Учет возрастной периодизации и возрастной структуры психических расстройств.

2. Преобладание внебольничной помощи.

3. Особое значение педагогической реабилитации.

4. Межведомственный характер организации помощи.

5. Тесная связь с педиатрической и неврологической службами.

6. Участие в помощи специалистов различного профиля: психиатров, педагогов (дефектологи, олигофренопедагоги, логопеды), психологов и социальных работников.

Амбулаторная психиатрическая помощь оказывается в детских ПНД, кабинетах врачей-психиатров в детских поликлиниках, кабинетах детских психиатров во взрослых ПНД.

При необходимости стационарного лечения дети и подростки госпитализируются. Показаниями для госпитализации являются:

1. Необходимость диагностических стационарных обследований.

2. Наличие тяжелых расстройств (например, агрессия, суицидальные действия).

3. Соматические осложнения психических расстройств (например, при нервной анорексии).

4. Условия в окружении, препятствующие выздоровлению (например, алкоголизм родителей, выраженная гиперопека в семье).

5. Отказы от посещения школы, с которыми невозможно справиться амбулаторно.

В 1992 году в России был принят «Закон РФ о психиатрической помощи и о гарантиях прав граждан при ее оказании».

Закон направлен на решение следующих основных задач, а именно на защиту:

- прав и интересов граждан при оказании психиатрической помощи от необоснованного вмешательства в их жизнь;
- лиц, страдающих психическими расстройствами, от необоснованной дискриминации в обществе на основе психиатрического диагноза;
- общества от возможных опасных действий больных;
- врачей и других медицинских работников, участвующих в оказании психиатрической помощи.

Особенность психических расстройств в том, что в определенных случаях пациент не может самостоятельно оценить тяжесть своих психических нарушений или необходимость госпитализации.

Для решения этой проблемы в законе предусмотрены случаи оказания психиатрической помощи без согласия пациента (принудительные меры медицинского характера, психиатрическое освидетельствование лица без его согласия, недобровольная госпитализация).

Принудительные меры медицинского характера применяются к лицам, совершившим преступление, признанным невменяемыми на момент совершения преступления и направленным на принудительное лечение, а также к лицам с психическим расстройством, наступившим после совершения преступления и делающим невозможным дальнейшее исполнение наказания.

Психиатрическое освидетельствование лица без его согласия

Психиатрическое освидетельствование лица без его согласия осуществляется, если:

1. Больной представляет опасность для себя и окружающих.
2. Больной беспомощен и не в состоянии себя обслуживать.
3. Психическое состояние человека, подлежащего освидетельствованию, ухудшается без оказания ему психиатрической помощи.

Недобровольная госпитализация

Недобровольная госпитализация осуществляется, если:

1. Больной представляет опасность для себя и окружающих.
2. Больной беспомощен и не в состоянии себя обслужить.
3. Психическое состояние человека, подлежащего лечению, ухудшается без оказания ему психиатрической помощи.

2. Методы обследования в психиатрии

В психиатрии используются общие методы обследования больных: сбор анамнеза, оценка соматического статуса пациента. Кроме этого, есть ряд специфических методов для выявления психических расстройств: клинико-психопатологическая беседа, наблюдение.

Клинико-психопатологическая беседа с пациентом. В ходе беседы необходимо внимательно слушать ответы пациента, ничего не упуская и всегда уточняя то, о чем он рассказывает. Не задавать вопросы в безапелляционной форме, так как собеседнику при этом подсказывается утвердительный ответ. По возможности просить пациента пояснить свои жалобы, особенно при использовании медицинских терминов. Так, например, попросить объяснить, что именно пациент вкладывает в понятие депрессия, что он чувствует. При сообщении больным о том или другом расстройстве или его утвердительном ответе на вопрос предлагать привести соответствующий пример и подробно описать все проявления и обстоятельства этого нарушения. Важно руководить рассказом больного, непринужденно и естественно обсуждать с ним широкий круг проблем, выходящих за рамки темы самочувствия и ощущений. Расспрашивать больного необходимо в отсутствие родственников и знакомых, так как при них он обычно смущается, становится более молчаливым, недоступным. То, что больной скрывает от родных, он в их присутствии утаит и от врача.

Во время беседы врач собирает анамнез у пациента, понимая, что ряд жизненных обстоятельств могут подвергаться болезненной трактовке, восприниматься больным не объективно в свете своих болезненных переживаний. В связи с этим особую актуальность приобретает сбор так называемых объективных сведений, которые могут предоставить родственники пациента, характеристики с места учебы и работы, данные предыдущих госпитализаций. Психические заболевания текут достаточно длительно, иногда первые проявления психических нарушений можно обнаружить в детском и подростковом возрасте, в связи с чем, беседуя с больным, необходимо уточнять все проблемы и сложности, которые возникали в его жизни (в ДДУ, школе, взаимоотношениях с родителями и близкими).

При общении с детьми присутствие родителей необходимо, лишь при общении с подростками возможно, при согласии родителей и просьбе подростка, индивидуальное общение. Хорошо, если часть информации, касающейся протекания беременности, раннего периода и основных жалоб, будет высказана родителем без ребенка.

Наблюдение за пациентом. Расспрашивая, врач наблюдает за пациентом. Необходимо внимательно следить за поведением больного (выражением лица, интонациями, жестами, позой), улавливать малейшие изменения всего этого, поскольку таким образом удается уловить наличие галлюцинаций, оценить уровень и характер эмоциональных реакций, составить суждение об интеллекте и сознании, о бредовых переживаниях – «важно не только то, что сказано, но и как сказано». При наблюдении за больным можно обнаружить своеобразие его поступков и поведения, которые обусловлены психическими нарушениями. Например, больной может затыкать уши или нос при слуховых или обонятельных галлюцинациях, к чему-то прислушиваться, отвечать на вопросы, которые врач не задавал. Можно увидеть какие-то непонятные движения, ритуалы. Если это наблюдается, всегда следует уточнить, что именно происходит, зачем пациент делает те или иные движения, могут быть обнаружены защитные ритуалы – «чтобы не было беды». Например, пациент с навязчивыми расстройствами всегда, когда вопросы касались госпитализаций и ухудшения состояния, три раза прихлопывал в ладоши, на вопрос зачем, объяснил: «чтобы состояние не ухудшалось».

Принципы психопатологической диагностики в раннем возрасте

При осмотре ребенка важна не только оценка психического состояния ребенка, но объяснение его родителям. Необходимо объяснить возможный психопатологический механизм имеющихся отклонений, пояснить их на конкретном примере, наметить ближайшее направление развития (как предположительно будет развиваться ребенок в ближайшие годы?), сформулировать реалистический прогноз и дать рекомендации практического свойства.

Ответ на родительский вопрос «Чем страдает ребенок? Какой у него диагноз?» должен сопровождаться, по возможности, обсуждением конкретных проявлений данного расстройства у обследуемого ребенка, а не использованием избитых диагностических штампов.

Получение объективной информации о ходе психического развития ребенка снижает психологически понятную тревогу родителей, способствует более глубокому пониманию его особенностей, определяет факт эмоционального принятия ребенка и признание его индивидуальных качеств.

В результате беседы и наблюдения за пациентом врач описывает *психический статус* пациента, где указываются: жалобы, сознание, эмоциональные реакции и настроение пациента, особенности мышления, памяти, внимания и интеллекта пациента. Отдельно описывается, при наличии, продуктивная симптоматика: галлюцинации, бред.

Дополнительно выявляются соматические корреляции психического расстройства, проводится неврологическое, экспериментально-психологическое обследование, используются лабораторные и инструментальные методы.

3. Введение в психиатрию

Психиатрия (от греч. Psyche – душа и iatreo – лечу) – область медицины, изучающая психические заболевания с целью их диагностики, лечения и профилактики. Психиатрия традиционно разделяется на общую психопатологию и частную психиатрию.

Общая психопатология изучает общие закономерности психопатологических процессов и состояний, свойственных многим психическим заболеваниям. Важнейшей стороной общей психопатологии является семиология – учение о симптомах и синдромах психических расстройств.

Частная психиатрия рассматривает конкретные формы психических заболеваний.

Симптом – признак патологического состояния, клиническое проявление психического нарушения.

Синдром – система взаимосвязанных симптомов болезни. В рамках конкретного психического заболевания синдромы приобретают относительно специфические клинические особенности и динамику.

По степени тяжести выделяют психические расстройства: психотического уровня (например, бред, галлюцинации, синдромы помрачения сознания) и непсихотического (например, навязчивые явления, астенический синдром).

По этиологии выделяют следующие группы психических болезней:

Эндогенные (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, шизоаффективный психоз и др.) – обусловлены преимущественно эндогенными факторами, клинические проявления и течение не связаны с развитием органического мозгового процесса.

Эндогенно-органические (эпилепсия, атрофические процессы головного мозга, сосудистые заболевания и др.) – обусловлены преимущественно эндогенными факторами (внутренними), клинические проявления и течение определяются развитием органического мозгового процесса.

Экзогенно-органические – обусловлены преимущественно внешними факторами (черепно-мозговые травмы, инфекции, интоксикации, опухоли головного мозга), клинические проявления и течение определяются развитием органического мозгового процесса.

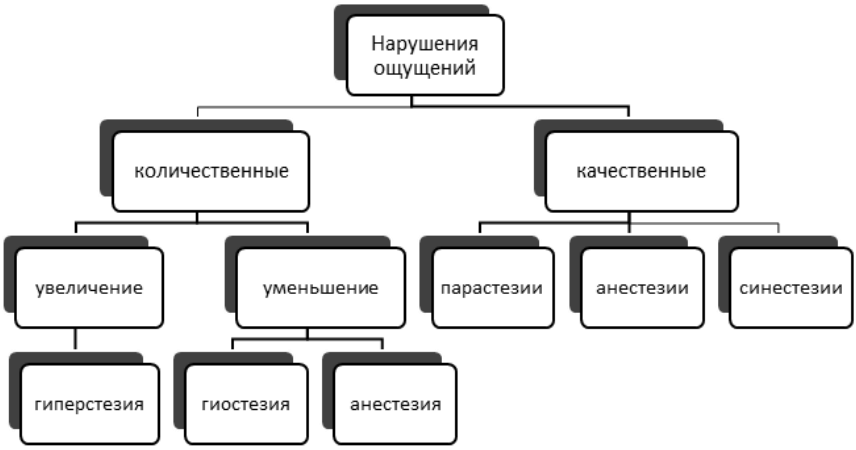
Экзогенные – основную роль играют внемозговые биологические факторы (инфекции, интоксикации, соматические заболевания), вызывающие функциональные нарушения головного мозга наряду с другими нарушениями организма и не приводящие к органическому мозговому процессу.

Психогенные (реактивные) – обусловлены действием психических травм – значимых для личности неблагополучных событий и потрясений.

Патология психического развития – олигофрении, задержки психического развития, искажения психического развития.

3.1. Патология ощущений и восприятия

Ощущения – отражение отдельных качеств предметов окружающего мира и состояний организма (тепло, холод, тяжесть, легкость, боль, щекотание и т. п.).



Количественные нарушения ощущений

Гиперестезия – усиление интенсивности одного или нескольких видов ощущений (зрительная, слуховая, тактильная гиперестезия и т.д.). Как правило, гиперестезия сопровождается отрицательной эмоциональной реакцией: «Звуки оглушают, раздражают»; «Свет режет глаза»; «Одежда давит». Гиперестезия характерна для экзогенных расстройств и экзогенно-органических поражений головного мозга: астенических состояний, интоксикаций, алкогольного абстинентного синдрома, наркотического опьянения.

Гипестезия – снижение остроты и яркости одного или нескольких ощущений. Встречается при астеническом синдроме, оглушении сознания.

Анестезия – утрата чувствительности. Наблюдается при органических поражениях головного мозга (например, утрата поверхностной чувствительности при прогрессивном параличе).

Качественные нарушения ощущений

Представляют собой изменение их характера, появление необычных ощущений.

Парестезии – неприятные ощущения щекотания, покалывания, пульсации, жжения, похолодания: «Покалывает в руке»; «По спине мурашки бегают».

Сенестопатии – патологические телесные ощущения, не связанные с какими-либо нарушениями в соматической сфере: «Как будто болит нерв»; «Ощущение давления в голове»; «Внутри мозга немеет»; «Жжение в позвоночнике»; «Внутри скручивается, сжимается».

Синестезии – возникновение ощущения в органе чувств при раздражении другого анализатора. Качества ощущений одного вида переносятся на другой вид («слышит ладонями», «пахнет светом», звуки вызывают цветовые зрительные ощущения).

Восприятие – форма познавательной активности, в результате которой в сознании формируется целостный образ предмета. Появление завершенного образа предмета отличает акт восприятия от акта ощущения. Основой восприятия является совокупность ощущений, поступающих от органов чувств.

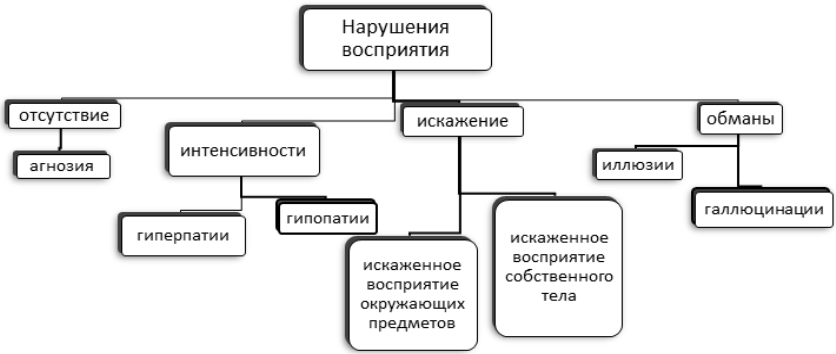
Обманы восприятия

Иллюзии – ошибочное восприятие действительно существующих объектов. Иллюзии разделяют по органам чувств: зрительные (темный предмет в углу воспринимается как притаившийся человек, в оттопыренном кармане угадывается силуэт ножа), слуховые (в речи окружающих больные слышат угрозы, обвинения, оскорбления, насмешки в свой адрес), обонятельные, вкусовые и тактильные.

Галлюцинации – мнимые восприятия, возникающие в отсутствии реальных объектов, воздействующих на органы чувств.

Галлюцинации разделяют по органам чувств:

- Зрительные галлюцинации – видения различных предметов, людей, животных, мистических существ, собственного двойника, знакомой обстановки (домашней, профессиональной).
- Слуховые галлюцинации – слова, фразы, разговоры, «голоса»; реже – музыкальные галлюцинации. Содержанием слуховых галлюцинаций могут быть угрозы, оскорбления, обвинения.



• Обонятельные галлюцинации – восприятие запахов, чаще всего, неприятных (запахи гнили, крови, кала, гари), реже – запахов цветов, духов и т.п. Запахи могут исходить от различных внешних предметов (из вентиляции, от пищи), а также от самого больного или от его внутренних органов.

• Вкусовые галлюцинации – различные вкусовые ощущения, как правило, неприятного характера, знакомые либо неизвестные, необычные («металлический привкус», вкус «цианистого калия», «горечь»).

• Тактильные галлюцинации – ощущения присутствия на коже, в коже или под кожей различных предметов, ползания мелких живых существ: раскаленной проволоки, жидкостей, паутины, насекомых.

• Висцеральные галлюцинации – ощущение присутствия внутри тела живых существ, инородных предметов, дополнительных внутренних органов.

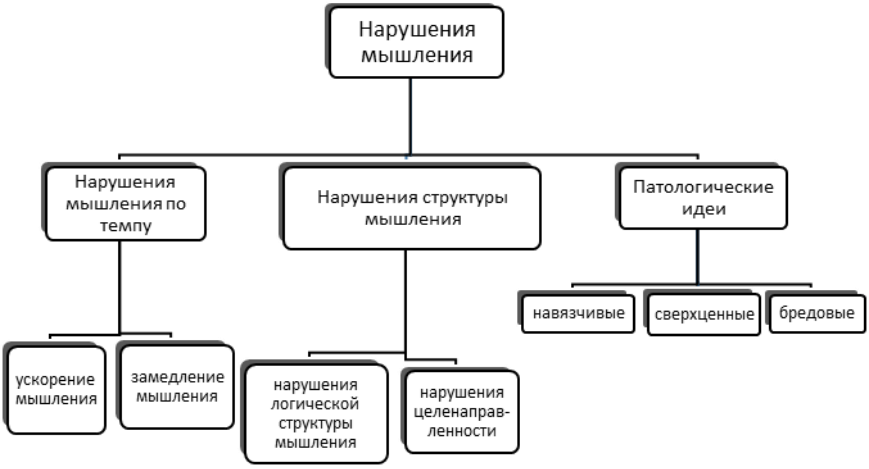
По клинической структуре различают истинные галлюцинации и псевдогаллюцинации. Псевдогаллюцинации чаще встречаются при шизофрении, а истинные – при органических поражениях головного мозга (интоксикационные, инфекционные психозы и др.), эпилепсии.

Расстройства ощущений и восприятия у детей. До 7 лет у детей обманы восприятия встречаются довольно редко. Качественные и количественные нарушения ощущения у детей возникают в 6–7

лет, имеют нестойкий и эпизодический характер. Большинство симптомов отличается неопределенной расплывчатостью, их бывает трудно отличить от проявления детского воображения. Галлюцинации в дошкольном возрасте не характерны, они появляются после 7 лет.

3.2. Патология мышления

Мышление – высшая форма познания, направленная на установление внутренних связей между предметами и явлениями реальности. Мышление позволяет выйти за пределы восприятия, оперировать тем, что в данный момент не наблюдается, предвидеть последствия происходящего.



Нарушения темпа мышления

Ускорение мышления – характеризуется легким возникновением и быстрым течением мыслей, представлений, воспоминаний. Суждения поверхностны и непоследовательны, преобладают случайные ассоциации (например, по созвучию). Речь ускорена, часто наблюдается речь в виде монолога и охриплость голоса. Характерна

«скачка идей» – непрерывная смена одной незаконченной мысли другой. Ускоренное мышление характерно для маниакальных состояний.

Замедление мышления – заторможенное течение мыслей, затруднение перехода от одной мысли к другой, уменьшение количества идей. Больному трудно подобрать слова, характерна олигофазия, длительные паузы в ответах на вопросы. Интонация голоса подавленная и монотонная. Замедленное мышление наиболее типично для депрессивных состояний.

Обстоятельное мышление – склонность к детализации, застревание на мелочах, излишне подробное описание всех частных моментов в ответе. Речь чрезмерно подробная. В основе лежит невозможность разделить главное и второстепенное. Обстоятельность мышления характерна для органических поражений головного мозга, эпилепсии. Выраженную обстоятельность при эпилепсии называют вязкостью мышления.

Нарушения логической структуры и целенаправленности мышления

Аутистическое мышление не зависит от логических законов, полностью игнорирует действительность и направляется эмоциональными потребностями. Действительность подменяется внутренним миром представлений и фантазий с уверенностью в их реальности.

Аутистическое мышление является составной частью аутизма. Аутизм выражается в уходе из внешней реальности во внутреннюю жизнь, в мир грез и внутренних представлений. Больной с аутизмом становится отгороженным и необщительным, замыкается в своем внутреннем мире, теряет эмоциональный контакт с окружающими и потребность в этом контакте.

Атактическое (разорванное) мышление характеризуется распадом логической структуры речи при сохранении ее грамматической формы. Речь больного недоступна для понимания, разорвана, со странными, парадоксальными по смыслу сочетаниями слов: *«Когда руки сомкнуты, они вместе, а когда разомкнуты, то выходят кубы». «Попала сюда, потому что видела из дома свое место, какое оно бурое».*

Атактическое мышление – один из специфических симптомов шизофрении. Выраженная разорванность мышления при шизофрении, проявляющаяся монологом совершенно непонятной речи, называется *шизофазией: «Наш брак есть таинство воплощения двух или трех по ходу развития человечества и децентрализации Земли. Горечь, которую мы испытываем, есть не что иное, как сконцентрированная блудная частица крови совместно с газом окружающей атмосферы. Третий муж был корень, палач,… в первую брачную ночь тетя родила Наташу Волкову… сына… за 85 рублей».*

Бессвязное (инкогерентное) мышление – отсутствие логических связей между текущими представлениями, ощущениями, восприятиями. Выражается в распаде и смысловой, и грамматической структуры речи (распад грамматических связей отличает бессвязное мышление от разорванного). Речь представляет собой случайное воспроизведение не связанных между собой эпизодов жизни либо хаотичный набор обрывков фраз, слов, слогов: *«Как Вас зовут? Сын… Как Ваше имя? Сын Коля… Как же так? Имя мое Михаил… Какой сегодня день? Все для Шурочки… А кто я? Вы, правда, нет, тогда Шурочка…».* Бессвязное мышление характерно для состояний помраченного сознания (аменции, астенической спутанности), возникающих при острых и затяжных соматогенных, инфекционных и интоксикационных психозах.

Паралогическое мышление – нарушение логических законов в процессе перехода от одной мысли к другой, сочетание обычно несочетаемых мыслей и образов, произвольная подмена одних понятий другими. Из правильных предпосылок выводятся неправильные, нелогичные выводы. *Больной не ест борщ, так как борщ может быть флотским, и если он его съест, ему будет грозить опасность быть выброшенным за борт и оказаться на дне морском.* Паралогическое мышление характерно для шизофрении.

Резонерское мышление – пустое, нецеленаправленное рассуждательство. Четкий и ясный ответ на вопрос больной дать не в состоянии. Речь многословная, высокопарная, витиеватая, изобилует множеством вводных слов, наукообразных оборотов, специальных терминов. Рассуждения пустые, бесплодные, основаны на поверхностных, формальных аналогиях: *«На вопрос о самочувствии, пациент отвечает: Все зависит от того, какие из чувств вас инте-*

ресуют, чувствую ли я сытость, холод или любовь. Также важно, как чувства скажутся на других, ведь чувственный удар скажется на интересах многих». Резонерское мышление характерно для шизофрении.

Символическое мышление – использование в рассуждениях и в речи символов, зачастую понятных лишь самому больному. Характерно для шизофрении. Символические построения выглядят непонятными, отвлеченными от реальности и нередко вычурными: *«Вы надели красную кофту специально, чтобы предупредить меня об опасности». Больной «играл в слова» – например, говорил: «туберкулез – это ту беру, которую люблю до слез».*

Неологизмы – патологические словообразования. Они не имеют смысла, либо их смысл понятен только больному: *«Меня мучили фригидные интимы».* Некоторые неологизмы образуются путем слияния целых слов или их частей, подмены, перестановки и повторения слогов: *«Тягофон».*

Патологическая продукция мышления (патологические идеи)

Навязчивые идеи возникают непроизвольно и непреодолимо, вопреки воле и желанию больного. Они отвлекают на себя внимание, мешают ходу мыслей, отвлекают от основной деятельности. Больной осознает болезненный характер навязчивых явлений, оценивает их содержание как «чуждое» ему, «ненужное», «лишнее», «сбивающее с толку». Навязчивый счет (арифмомания) – стремление считать случайные предметы (машины, окна, шаги) либо производить счетные операции в уме. Навязчивые сомнения – неодолимая потребность перепроверять совершенные действия из-за неуверенности в правильности или законченности их (например, уходя из дома, несколько раз возвращаться и проверять, выключен ли чайник). Навязчивые явления чаще всего встречаются при неврозе навязчивых состояний, психастенической психопатии и акцентуации.

Сверхценные идеи – суждения, основанные на реальных ситуациях, но неадекватно отражающие реальность в силу их особой эмоциональной насыщенности и чрезмерной значимости для больного. Сверхценная идея стойкая, преобладает в сознании, воспри-

нимается пациентом как единственно верная. Пациент упорно пытается реализовать ее. Все другие интересы уходят на второй план. Сверхценные идеи характерны для паранойяльной и эпилептоидной психопатии, малопрогредиентной шизофрении, органических заболеваний головного мозга.

Бред (бредовые идеи) – ложные суждения, не соответствующие действительности, формирующиеся на болезненной основе, полностью овладевающие сознанием и не поддающиеся исправлению. По содержанию выделяют три группы бредовых идей: персекуторный бред (бред преследования, бред отношения, бред особого значения, бред воздействия, бред отравления, бред ущерба), бред величия (бред могущества, бред богатства, бред высокого происхождения), депрессивный бред (бред самоуничижения, бред самообвинения, ипохондрический бред). Персекуторный бред чаще всего встречается при шизофрении. Бред величия характерен для маниакальных и маниоформных состояний (при маниакально-депрессивном психозе, органических аффективных психозах, эпилепсии), а также для парафренного синдрома (при шизофрении). Депрессивный бред характерен для депрессий психотического уровня при маниакально-депрессивном психозе, органических аффективных психозах, инволюционной меланхолии.

Особенности нарушений мышления у детей

В развитии мышления у ребенка проходят следующие стадии:

- наглядно-действенное – до 4 лет;
- конкретно-образное – 4–7 лет;
- абстрактно-логическое – после 7 лет.

Таким образом, нарушения логической структуры и патологические идеи у детей до 7 лет практически не встречаются. В этом возрасте оцениваются другие компоненты мышления, нарушения которых диагностируются при задержках психического развития (ЗПР) и умственной отсталости. Так, при ЗПР может встречаться лабильность психических процессов: чередование адекватных и неадекватных решений. Нарушение мотивационного компонента мышления и целенаправленность мышления приводят к поверхностности и незавершенности суждений. Наибольшую трудность

у детей вызывают решения абстрактно-логических задач, а при умственной отсталости решения таких задач практически невозможны.

Бред у детей динамичен, фрагментарен и не стоек. С наступающим прояснением сознания он легко разрушается. Возникновение бреда на фоне непомрачненного сознания – явление у детей редкое. Более часто возникает патологическое фантазирование (бредоподобные фантазии), в них ребенок стремится осуществить не реализованное в действительности. В начале заболевания эти фантазии появляются только перед сном, а затем распространяются и на весь день. У больного ребенка нет убежденности в реальности его выдумок, иногда он даже соглашается с тем, что это его «выдумка». Однако у больных с бредоподобным фантазированием позже, в подростковом возрасте, может развиться настоящий бред.

3.3. Патология эмоций

Эмоции – непосредственные реакции на степень удовлетворения или неудовлетворения потребностей, отражающие значение внутреннего состояния организма и внешних воздействий для индивида.

Нарушения эмоций

Нарушение выраженности эмоций	Нарушение устойчивости	Нарушение адекватности
Патологический аффект	Эмоциональная лабильность	Амбивалентность
Эмоциональная гиперстезия	Эмоциональная эксплозивность	Неадекватность
Эмоциональная гипестезия	Эмоциональная тугоподвижность	
Эмоциональная тупость		

Нарушение выраженности эмоций

Патологический аффект – кратковременная реакция на внезапную и сильную психическую травму (например, конфликт). Происходит сужение сознания на травматических переживаниях с аффективным разрядом в виде психомоторного возбуждения, нередко с агрессией. За ним следует общая расслабленность, безразличие, часто глубокий сон. Период нарушенного сознания забыва-

ется. Патологический аффект наблюдается при эпилепсии, органических поражениях головного мозга после черепно-мозговых травм, энцефалитов, возбудимых (эпилептоидных) психопатиях.

При физиологическом аффекте, в отличие от патологического, нет сужения сознания и последующей амнезии, субъект действует осознанно.

Эмоциональная гиперестезия – повышенная эмоциональная чувствительность, обостренность эмоциональных реакций. На обычные раздражители больной реагирует эмоциями, адекватными по характеру, но чрезмерно сильными (вспышками гнева, раздражения, реакциями смеха, умиления, плача и др.). Характерна для астенических состояний различного генеза, некоторых акцентуаций характера и психопатий (сенситивной, астено-невротической).

Эмоциональная гипестезия – вялость эмоциональных реакций, эмоциональная холодность, черствость. Встречается у шизоидных психопатов, при астенических состояниях.

Эмоциональная тупость – отсутствие способности реагировать на внешние события в связи с уплощением и оскудением эмоций. Характерны безразличие, равнодушие, черствость, душевная холодность, бессердечие. В отличие от апатии, никакие раздражители (в том числе сильные, такие как смерть близких или пожар, угрожающий жизни больного) не могут вызвать эмоциональный резонанс. Эмоциональная тупость с утратой как высших, так и низших эмоций и инстинктивных побуждений относится к облигатным симптомам шизофрении.

Нарушение устойчивости эмоций

Эмоциональная лабильность (слабодушие, «недержание аффекта») – быстрые переходы от одной эмоции к другой, легкая изменчивость настроения по малейшим причинам. Характерна для сосудистых поражений головного мозга, астенических состояний.

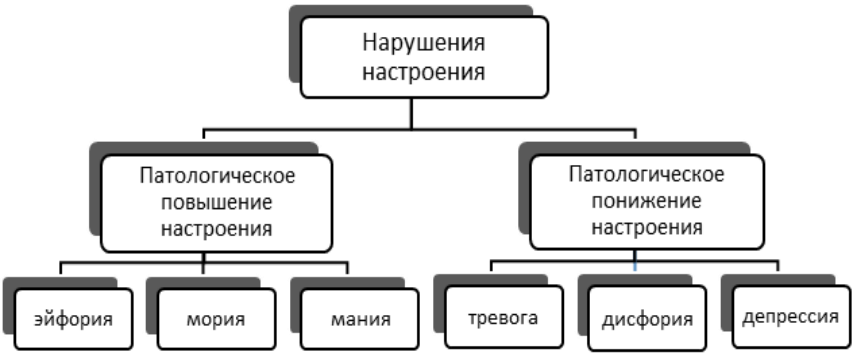
Эксплозивность (взрывчатость) – чрезмерная эмоциональная возбудимость с бурными вспышками гнева, ярости, часто с агрессией или аутоагрессией, готовностью к состояниям аффекта. Встречается при травматических поражениях головного мозга, эпилепсии.

Тугоподвижность эмоций (эмоциональная вязкость) – затруднение переключения с одной эмоциональной реакции на другую, «застревание» на одной эмоции. Характерна для больных эпилепсией.

Нарушение адекватности эмоций

Неадекватность эмоций (паратимия) – качественное несоответствие эмоции и вызвавшей ее ситуации (радуется неприятному событию, например, госпитализации в больницу). Встречается при шизофрении.

Амбивалентность эмоций – их двойственность, одновременное сосуществование противоположных эмоций по отношению к одному объекту.



Эйфория – благодушное настроение с оттенком беспечности, безмятежности, полного благополучия. Наблюдается при органических поражениях головного мозга, умственной отсталости, алкогольном и наркотическом опьянении.

Мо́рия – повышенное настроение с дурашливостью, беспечностью, склонностью к плоским, глупым и циничным шуткам, расторможенностью биологических влечений. Встречается при поражении лобных отделов головного мозга (опухоли, травмы).

Маниакальный синдром (маниа́я) характеризуется маниакальной триадой симптомов: повышение настроения; ускорение мышления; ускорение речедвигательной активности. Маниакальный синдром встречается при маниакально-депрессивном психозе и циклотимии (преобладает «солнечная» мания), органических аффективных пси-

хозах, симптоматических, инфекционных психозах, прогрессивном параличе, эпилепсии, шизоаффективном психозе, приступообразной шизофрении.

Тревога – чувство растущей опасности, предчувствие плохого исхода, ожидание катастрофы. Сопровождается вегетативными и соматическими реакциями (сердцебиением, колебания артериального давления, потливость или озноб, нарушения желудочно-кишечного тракта, тремор рук, дрожь), напряженностью, двигательным беспокойством, суетливостью, снижением концентрации внимания, нарушением сна.

Дисфория – угрюмость, недовольство собой и окружающими на фоне сниженного настроения с оттенком раздражительности, злобности. Характерны вспышки гнева, ярости с агрессией и разрушительными действиями. Дисфория является одним из важных диагностических признаков органических поражений головного мозга (травматических и др.) и эпилепсии, встречается также при возбудимой психопатии.

Депрессивный синдром характеризуется депрессивной триадой симптомов: снижение настроения; замедление мышления; замедление речедвигательной активности. Наиболее характерно тоскливое настроение. Депрессии встречаются при маниакально-депрессивном психозе и циклотимии, эпилепсии, органических аффективных психозах, инфекционных, интоксикационных, симптоматических, инволюционных психозах, реактивных психозах, шизоаффективном психозе, приступообразной шизофрении.

Нарушения эмоций у детей. У детей отмечается незрелость аффективной сферы, недостаточное отражение своего аффективного состояния, в связи с чем нарушения настроения имеют ряд особенностей: кратковременность, быстрота смены депрессивных состояний возбуждением, эпизоды тревоги и страха, навязчивости, массивность вегетативных нарушений, выраженность фиксации на своем физическом состоянии, школьная неуспеваемость, грубость, нарушения поведения.

Депрессивные расстройства имеют определенные возрастные особенности. В младенчестве, во время особенно близких диадных отношений матери с ребенком, депрессия проявляется преимущественно психосоматически: в симптомах нарушения пищеварения, сна, многообразных соматовегетативных расстройствах (к примеру, немотивированных повышениях температуры), прекращении разви-

тия, разрыве контактов. В дошкольном возрасте депрессия характеризуется признаками страха, моторными расстройствами, плаксивостью, блеклостью инициативы, тенденцией к изоляции, приступами немотивированного плача, агрессивностью, регрессивными симптомами (энурезом, энкопрезом), а также усилением боязливости и появлением тревоги. У младших школьников – периодическим спадом работоспособности в комбинации с раздражительностью, робостью, неуверенностью, незаинтересованностью в учебе и играх, приступами плача и ощущением безрадостности существования. В подростковом возрасте депрессивные расстройства могут быть представлены следующими формами: психопатоподобная (на первый план выходят нарушения поведения, грубое непослушание, знакомство с делинквентными подростками), соматизированная (многочисленные жалобы на соматическое неблагополучие, боли летучие, нестойкие, имеют суточную динамику, к вечеру уменьшаются), ступидная (ведущей является выраженная заторможенность мышления, которая проявляется в нарушении обучения: сложности понимания и осмысления материала).

Маниакальные состояния в детском возрасте крайне редки, появляются ближе к 10–12 годам, при этом на первый план выходят симптомы возбуждения, непослушания, повышение витального тонуса, вегетативные изменения, контактность, подвижность.

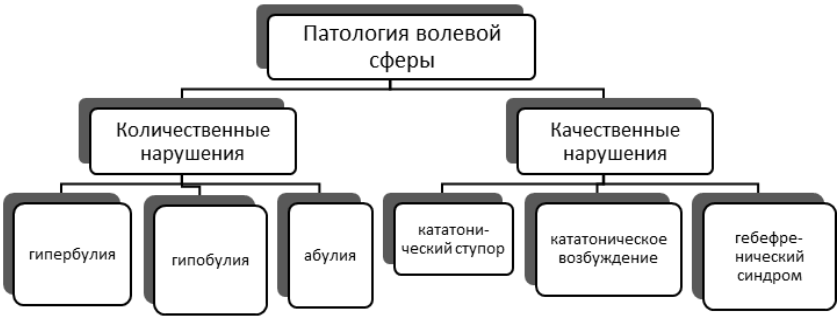
3.4. Патология волевой сферы

Количественные нарушения воли

Гипербулия – усиление произвольной деятельности. Активность повышена. Цель действий постоянно меняется, действия редко доводятся до конца, поэтому продуктивность низкая. Гипербулия характерна для маниакальных состояний, состояний психомоторного возбуждения.

Гипобулия – снижение, заторможенность произвольной деятельности. Наблюдается при депрессии, астенических состояниях, шизофрении.

Абулия – отсутствие побуждений к деятельности с адинамией, аспонтанностью, пассивностью. Постепенно нарастающая абулия является одним из облигатных симптомов шизофрении. Сочетание апатии и абулии в рамках шизофренического дефекта формирует апатоабулический синдром. Абулия также встречается при органических поражениях лобных долей.



Качественные нарушения воли

Кататоническое возбуждение – стереотипное и бессмысленное. Для него характерны следующие симптомы:

- импульсивные действия: больной совершает внезапные и непредсказуемые поступки (внезапно вскрикивает, неожиданно ударяет кого-нибудь, плюет и т.п.);
- стереотипные действия: однообразное поведение, чаще всего нелепое и вычурное (ходьба от препятствия к препятствию, бег, гимнастические упражнения, действия с предметами);
- вербигерация – проговаривание или выкрикивание не связанных по смыслу слов, неологизмов, бессмысленных звукосочетаний, «нанизывание» слогов друг на друга;
- эхолалия – непроизвольное бесцельное повторение за окружающими их речи;
- эхопраксия – повторение действий окружающих;
- парамимия (гримасничанье) – неадекватная, вычурная мимика;

- парапраксия (паракинезия) – вычурность, манерность, карикатурность жестов, движений и действий (например, подпрыгивающая походка);
- автоматическая подчиняемость – безусловное автоматическое выполнение больным всех требований, какими бы они ни были.

Кататонический ступор – обездвиженность с отсутствием речи и повышением мышечного тонуса. Для него характерны следующие симптомы:

- мутизм – полное или частичное отсутствие речи при сохранении способности говорить и понимать чужую речь;
- негативизм – бессмысленное сопротивление ситуации. Пассивный негативизм – простое сопротивление осмотру (например, не дает разогнуть ему руку). Активный негативизм – совершение действий, противоположных требуемым (при попытке разогнуть руку еще больше ее сгибает);
- восковая гибкость (каталепсия) – удерживание позы, приданной больному извне;
- кратковременные застывания в позах – рудиментарное проявление обездвиженности. Больной застывает с поднесенной ко рту ложкой, с поднятой для обувания ногой и т.п.;
- вегетативные расстройства – сальность, потливость, гиперсаливация, акроцианоз, сужение зрачков;
- эмбриональная поза – больной лежит в напряженной эмбриональной позе;
- симптом Бумке – зрачки не реагируют на болевые и эмоциональные раздражители.

Гебефренический синдром (от греч. Hebe – юность) – дурашливое возбуждение, нелепое и немотивированное. Его основу составляют три симптома: непродуктивная эйфория; немотивированные действия; гримасничанье с манерностью. Больные прыгают, кривляются, гримасничают, бессмысленно хохочут, неуместно грубо шутят, совершают импульсивные действия, нелепые выходки (внезапно забираются под кровать, обливают проходящих водой, принимают величественную позу, отдают воинскую честь и т.п.). Гебефрения характерна для гебефренической и злокачественной юношеской формы шизофрении. Элементы гебефрении могут сопровождать кататоническое возбуждение.

Волевые нарушения у детей

Волевые качества у ребенка формируются постепенно, их зрелость оценивается в возможности ребенком выполнять целенаправленные действия, быть нацеленным на результаты. Нарушения произвольной деятельности в раннем и дошкольном возрасте могут проявляться в повышенной двигательной активности, в излишней подвижности ребенка. Дети поочередно хватаются за разные игрушки, предметы. В младшем школьном возрасте обращает на себя внимание неспособность организовать собственное поведение. Дети не могут планировать свое время, закончить начатое дело. Например, в течение четырех часов школьник выполняет несложное домашнее задание.

3.5. Патология памяти

Память – отражение прошлого опыта, заключающееся в запоминании, сохранении и последующем воспроизведении или узнавании того, что ранее было воспринято, пережито или сделано.

Количественные нарушения памяти

Гипермнезия – патологическое усиление памяти. Характеризуется легкостью воспроизведения прошлого опыта, большим количеством ярких образных воспоминаний. Наблюдается при маниакальных состояниях, начальных этапах алкогольного и наркотического опьянения, реже при инфекционных психозах.

Гипомнезия – ослабление памяти. Чаще всего нарушается одна из функций памяти (запоминание, хранение либо воспроизведение). Гипомнезия встречается при астении, состояниях после черепно-мозговых травм, тяжелых инфекций, интоксикаций, при ЗПР, органических поражениях головного мозга у детей, умственной отсталости, атеросклерозе.

Амнезия – отсутствие воспоминаний, выпадение памяти на некоторые впечатления, промежутки времени. Выделяют ретроградную (нарушения запоминания событий, предшествующих началу

заболевания), антероградную (нарушения запоминания событий, последующих после заболевания).

Качественные нарушения памяти (парамнезии)

Конфабуляция – патологический вымысел, который принимается больными за воспоминания о реальных событиях. Носит неправдоподобный и часто нелепый характер. Например, больной рассказывает, что недавно вместе с врачом он «проходил обучение на космолете». Чаще всего заполняют пробелы в памяти.

Псевдореминисценция – неправильное воспроизведение (смещение) во времени событий, которые происходили в действительности. Как и конфабуляции, псевдореминисценции чаще всего заполняют пробелы в памяти. В отличие от конфабуляций, отмечается обыденное содержание воспоминаний.

Криптомнезия – неспособность идентифицировать источник воспоминания. Больной не может различить действительно происходившие события и то, что он услышал от других, увидел во сне, прочитал. Встречаются при органических поражениях головного мозга, сенильных психозах.

Синдромы нарушения памяти

Амнестический синдром проявляется прогрессирующей амнезией – опустошением памяти, постепенно нарастающим в соответствии с законом Рибо: вначале стираются новые, недавние события, затем более старые, давние события. В исходе формируется амнестическая деменция. Амнестический синдром наблюдается при атрофических процессах головного мозга (прежде всего, старческом слабоумии), прогрессивном параличе, других грубых органических поражениях (последствий черепно-мозговых травм, нейроинфекций, интоксикаций, энцефалитов, в том числе у детей).

Корсаковский синдром включает в себя фиксационную амнезию, ретроградную амнезию, амнестическую дезориентировку, конфабуляции и псевдореминисценции. Пробелы в памяти заполняются замещающими конфабуляциями и псевдореминисценциями. Критика отсутствует, однако нарушения памяти в слабой степени осознают. На вопросы, касающихся текущих событий, отвечать от-

казываются, либо дают общие расплывчатые ответы, либо предъявляют парамнезии:

Врач: Добрый вечер, я ассистент кафедры, меня зовут В. Как долго Вы находитесь в больнице?

Пациент: Здравствуйте, два или три дня. *[Больной находится в больнице уже несколько недель.]*

Врач: Почему вы попали в больницу?

Пациент: Не могу ответить на этот вопрос.

Врач: Я Вам представлялся?

Пациент: Нет.

После повторного представления это также не фиксируется в памяти пациента.

Психоорганический синдром (органический психосиндром) – состояние общей психической несостоятельности, специфичное для органических заболеваний головного мозга. Характеризуется триадой симптомов: снижение памяти; нарушение понимания; «недержание аффектов». Психоорганический синдром может быть резидуальным состоянием (последствия органических поражений головного мозга) либо может иметь прогрессирующее течение (при атрофических заболеваниях – болезни Альцгеймера, Пика, старческом слабоумии и др.).

Нарушения памяти у детей

У детей нарушения памяти характеризуются сужением объема запоминаемой информации, затруднением воспоминания, преобладанием кратковременной памяти над долговременной.

Наиболее частым расстройством памяти в детском и подростковом возрасте является сочетание ослабления способности запоминания с нарушением сохранения (ретенции) и воспроизведения (репродукции) материала памяти. Как правило, прежде всего страдает запоминание и особенно воспроизведение недавних событий, а также вновь усвоенных сведений, например, недавно приобретенных школьных знаний, содержания прочитанных книг, просмотренных кинофильмов и т. п. В дошкольном возрасте нарушения памяти проявляются в замедленном запоминании стихов и песен, затруднениях в воспроизведении содержания неоднократно прочитанных ребенку сказок и рассказов, быстром забывании имен зна-

комых детей, а также имен персонажей из прочитанных книг. О недостаточности мнестических функций у ребенка младшего возраста можно судить по тому, что он быстро забывает, где шкафчик с одеждой в детском саду, где висит его полотенце, с трудом находит свою игрушку или какую-либо часть одежды среди подобных предметов, принадлежащих другим детям.

Анэкфория – это нарушение памяти, характеризующиеся тем, что дети, легко забывая выученное, способны быстро все вспомнить при малейшей подсказке взрослых.

3.6. Патология внимания

Внимание – избирательная направленность психики, выражающаяся в ее сосредоточенности на определенных объектах или деятельности.

Пассивное (непроизвольное) внимание связано с простым ориентировочным рефлексом. Оно привлекается новым, сильным или интересным раздражителем.

Активное (произвольное) внимание связано с целенаправленным волевым актом (например, чтение не отвлекаясь). Его разновидностью является селективное внимание – способность выделять один объект из ряда подобных (например, речь собеседника из ряда окружающих звуков). При ослаблении активного внимания пассивное усиливается.

При астенических состояниях (в рамках неврастении, органических заболеваний головного мозга) наблюдается повышенная истощаемость и отвлекаемость в связи со снижением концентрации активного внимания.

При маниакальных состояниях и психомоторном возбуждении наблюдается повышенная отвлекаемость в связи со снижением устойчивости внимания. Внимание не удерживается на одном объекте и постоянно отвлекается новыми случайными стимулами.

При депрессии, тревожных состояниях, патологических идеях наблюдается чрезмерная концентрация внимания (фиксация) на идеях и тягостных переживаниях. Например, на мучительном ощущении «душевной боли», идеях самоуничижения, виновности, ипо-

хондрических идеях при депрессии; на ситуациях преследования при персекуторном бреде.

Для эпилепсии характерна тугоподвижность внимания. Больные «застревают» на одном представлении, эмоциональном переживании, виде деятельности и не могут быстро переключиться на что-либо другое. Например, больной чрезмерно долго переживает произошедшее с ним неприятное событие, не может отвлечься, хотя ситуация уже изменилась и основания для негативных эмоций исчезли.

При органических заболеваниях может наблюдаться неспособность удерживать в активном внимании несколько представлений одновременно. Больной не может выполнять сложную работу, так как теряет из вида некоторые обстоятельства (например, идет за каким-либо предметом и по дороге забывает, за чем именно шел).

У детей нарушения внимания встречаются, например, при задержках психического развития: они характеризуются истощаемостью активного (произвольного) внимания (долго не могут заниматься одним делом), снижением способности к переключаемости внимания (не слышат обращенной к ним речи).

Клинические проявления нарушения внимания в раннем возрасте имеют свою специфику. Низкая способность к сосредоточению и слабая устойчивость внимания скрываются под маской отказных и протестных реакций.

В дошкольном возрасте нарушения произвольного внимания становятся более заметными. Дети отвлекаемы, быстро забывают о поставленной цели, не заинтересованы в результатах труда.

В школьном возрасте слабость и истощаемость произвольного внимания определяют нарушение усвоения новых знаний.

3.7. Патология интеллекта

Интеллект – способность создавать ассоциации высокого уровня, совокупность тех умственных функций (сравнения, абстракции, образования понятий, суждений и умозаключений), которые делают возможным познание, анализ опыта и знания для целесообразной адаптации к действительности и решению новых задач.

Олигофрения (общее психическое недоразвитие) – наследственное, врожденное или рано приобретенное слабоумие – нарушение интеллекта, развившееся после повреждения зачатка или мозга до родов или в первые два-три года жизни, когда психика еще не сформирована.

Деменция – приобретенное слабоумие. Развивается у лиц со сформированным интеллектом в связи с психическими заболеваниями и характеризуется утратой приобретенных навыков. Деменция является прогрессирующим расстройством (старческая, атеросклеротическая и др.) либо стационарным состоянием (после черепно-мозговых травм, энцефалитов).

При оценке интеллектуального развития ребенка значение имеет соответствие ведущей деятельности возрастному периоду (возрастная периодизация по Д.Б. Эльконину).

Возрастная периодизация по Д.Б. Эльконину

Период	**Ведущая деятельность**	**Основные новообразования**
Младенчество (от рождения до года)	Непосредственное эмоциональное общение	Формирование потребности в общении, эмоциональное отношение
Раннее детство	Предметно-манипулятивная деятельность	Развитие речи и наглядно-действенного мышления
Дошкольный возраст	Ролевая игра	Стремление к общественно значимой деятельности
Младший школьник	Учебная деятельность	Произвольность психических явлений, внутренний план действий
Подросток	Интимно-личностное общение	Самооценка, критическое отношение к людям, стремление к взрослости, самостоятельности, подчинение коллективным нормам

3.8. Патология сознания

Сознание – высшая, специфическая человеческая форма психического отражения действительности, направленная на ее познание. Сознание представляет собой совокупность всех психических функций.

Общими признаками нарушения сознания, по К. Ясперсу, являются:

- Отрешенность от окружающего мира в связи с нарушением сферы чувственного познания (ощущений и восприятия) – затруднение, неотчетливость, фрагментарность восприятия окружающего, наличие обманов восприятия и др.
- Нарушение мышления – его непоследовательность, фрагментарность, бессвязность, а также наличие патологической продукции.
- Дезориентировка во времени, месте, окружающей ситуации, окружающих лицах, собственной личности.
- Расстройство запоминания происходящих событий и последующая амнезия.

Классификация расстройств сознания

Обеднение сознания	Помрачение сознания
Легкая степень (обнубиляция)	Делирий
Средняя степень (сомноленция)	1. Лихорадочный 2. Интоксикационный 3. Другие
Глубокая степень (сопор, кома)	Онейроид
	Спутанность сознания
	1. Астеническая 2. Аментивная
	Сумеречное
	1. Классическое сумеречное расстройство сознания 2. Амбулаторный автоматизм 3. Снохождение

Обеднение сознания

Выражается в оглушении – обеднении и замедлении всей психической деятельности вплоть до полного выключения сознания. Выделяют четыре степени оглушения.

Обнубиляция («вуаль на сознании») – легкая степень оглушения. Больной вял, заторможен, безучастен к окружающему. Его внимание привлекается не сразу и быстро истощается, окружающее воспринимается как в тумане. Затруднены мыслительные операции (счет в уме и т.п.), осмысление сложных вопросов. Речь замедлена. У детей снижен интерес к игрушкам. Затруднено и замедлено запоминание. По выходе из этого состояния воспоминания неполные, фрагментарные.

При *сомноленции* больной внешне напоминает спящего, реагирует только на непосредственный раздражитель (толчок, громкий звук, окрик, яркий свет). Сохраняются дифференцированные реакции на боль (отдергивает руку при уколе). Выполняются только отдельные простые инструкции («сядь», «открой рот», «выпей воды»). Взгляд устремлен в пространство и фиксируется на объекте лишь на короткое время. Подолгу не меняют позы. По выходе из этого состояния наблюдается полная амнезия.

Сопор – невозможность речевого контакта, недифференцированные реакции только в ответ на болевые раздражители (на укол – общее мышечное напряжение). Сохранены зрачковый, корнеальный, глоточный рефлексы.

Кома – полное выключение сознания с отсутствием реакции на непосредственные раздражители любой силы. Реакция зрачков на свет угнетена или отсутствует.

Помрачение сознания

Делириозный синдром (делирий) – расстройство сознания с ложной ориентировкой, наплывом ярких истинных галлюцинаций (преимущественно зрительных), иллюзий, тревогой, страхом, психомоторным возбуждением.

В предделириозной стадии больные становятся беспокойными, пугливыми, тревожными, слезливыми по незначительному поводу.

Отмечается гиперестезия. Затруднено засыпание, сон поверхностный, с яркими устрашающими сновидениями и вскрикиваниями.

На следующей, гипнагогической стадии усиливается беспокойство, говорливость, возникают устрашающие зрительные иллюзии (чаще всего парейдолические) и гипнагогические, калейдоскопически сменяющиеся галлюцинации. В рисунке обоев «видят» цветы, необычных животных, в пятнах света и тени на потолке разворачиваются подвижные сцены. При закрытых глазах при засыпании «видят» быстро сменяющиеся картины его обыденной жизни, животных, людей.

На стадии истинных галлюцинаций появляются яркие истинные галлюцинации, чаще всего зрительные, но могут быть и слуховые, тактильные. Галлюцинации сценоподобные, часто устрашающие или неприятные *(человек с ножом, стая крыс на полу, мухи, паутина, колючая проволока)*. Характерно, что поведение, эмоциональное состояние, мимика соответствуют содержанию галлюцинаций (так как галлюцинаторные образы принимаются за реальные). Больные возбуждены, вскакивают с постели, куда-то бегут, либо что-то ловят на полу, с кем-то разговаривают, от чего-то отмахиваются, что-то стряхивают с себя. Могут нападать на окружающих, пытаться выпрыгнуть из окна. Появляются отрывочные бредовые идеи, связанные с обманами восприятия. Делирий наблюдается при интоксикациях, инфекциях, алкоголизме, отравлениях, тяжелых пневмониях и др.

Онейроидный синдром – сновидное, грезоподобное помрачение сознания. Характеризуется наплывом ярких сценоподобных фантастически-сказочных переживаний – грез и фантастически-бредовым толкованием окружающей обстановки.

На начальных стадиях нередко наблюдается двойная ориентировка (например, больной считает, что он одновременно находится и у себя дома, и в больнице). При развернутом онейроидном состоянии больной отрешен от реальности и погружен в мир ярких образных сценоподобных представлений и грез. Чувствует себя зрителем или участником фантастических событий *(космических путешествий, исторических сражений и т.п.)*. Внешне неподвижен, безразличен, выглядит как зритель, созерцающий переменчивые внутренние образы, проходящие перед его глазами. Амнезия фраг-

ментарная, в большей степени на реальные события. Онейроидный синдром встречается при шизофрении с острым течением приступов и атипичных аффективных психозах, реже при инфекционных, интоксикационных, эпилептических психозах.

Сумеречное помрачение сознания – кратковременное сужение сознания на ограниченном круге переживаний, при котором поведение обусловлено не всей обстановкой, а лишь отдельными ее деталями.

Для сумеречного помрачения сознания характерна внезапность возникновения и прекращения, относительная кратковременность (несколько минут, реже часов) и полная амнезия периода помраченного сознания.

Амбулаторные автоматизмы проявляются непроизвольным, автоматизированным, но внешне упорядоченным поведением. Включают в себя снохождение (сомнамбулизм), сноговорение, фуги, трансы.

При снохождении во сне встают, ходят, совершают простые действия, не реагируя на окружающее и не отвечая на вопросы. Глаза чаще закрыты как во сне. При сноговорении произносят слова, фразы. Фуги – кратковременные состояния с элементарными действиями (ходит по кругу, повторяет одно и то же действие). Трансы – более длительные состояния, чем фуги. Пациенты производят привычные упорядоченные действия с учетом реальной обстановки, внешне правильные, но неосознаваемые *(например, выходит из дома, садится в поезд и вдруг оказывается в незнакомом месте и не помнит, как туда попал).*

Сумеречные состояния встречаются при эпилепсии, органических поражениях головного мозга (черепно-мозговые травмы, инфекции, опухоли, нейросифилис и др.).

Аментивное помрачение сознания (аменция) характеризуется инкогерентным (бессвязным) мышлением, растерянностью (аффектом недоумения), грубой дезориентировкой всех видов (включая дезориентировку в собственной личности) и последующей полной амнезией.

Выражен аффект недоумения в форме тревожной растерянности. Наблюдается речевое и двигательное возбуждение. Речь бессвязная, представляет собой хаотический поток отдельных слов,

слогов, фраз. На вопросы не отвечают либо бессмысленно повторяют их. Характерно двигательное возбуждение в пределах постели – вертятся, сгибают, вращают, разбрасывают руки и ноги. Иногда могут наблюдаться рудиментарные галлюцинаторные и бредовые нарушения. Аментивное помрачение сознания свидетельствует о тяжелом соматическом состоянии и встречается при тяжелых соматических заболеваниях, мозговых и общих инфекциях, реже при интоксикациях. Оно длится обычно до нескольких недель.

Астеническая спутанность – легкий вариант аменции. Представляет собой менее глубокое, изменчивое расстройство сознания, постоянно колеблющееся по интенсивности от аменции с растерянностью и бессвязностью до почти ясного состояния сознания, при котором возможно установление контакта. Некоторое время больной способен осмыслять ситуацию, но быстро наступает психическое истощение. По окончании астенической спутанности наблюдается фрагментарная амнезия. Такое расстройство сознания часто наблюдается у детей в постинфекционном (например, постгриппозном) периоде, а у взрослых после инфекций, интоксикаций, тяжелых родов на фоне выраженной астении.

Сравнение синдромов помрачения сознания

Общие признаки / Синдром	**Делирий**	**Онейроид**	**Сумеречное**	**Аменция**	**Астеническая спутанность**
Степень дезориентировки во времени	Нарушена	Нарушена	Полная	Полная	Нарушена
в месте	Ложная	Ложная	Полная	Полная	Непостоянная
в собственной личности	Частичная	Частичная	Полная	Полная	Частичная

Общие признаки / Синдром	**Делирий**	**Онейроид**	**Сумеречное**	**Аменция**	**Астеническая спутанность**
Нарушение восприятия	Обильные и сценические зрительные иллюзии и галлюцинации	Сноподобно-грезовое галлюцинирование	Нет, либо отрывочные угрожающие яркие галлюцинации	Нет, либо характерны иллюзорные обознавания	Отрывочные иллюзии, обознавания или галлюцинации
Нарушение мышления	Отрывочный или полиморфный бред	Фантастическая оценка окружающего	Заторможенное	Бессвязность	Истощаемость до бессвязности
Аффект и поведение	Тревога, страх, галлюцинаторное возбуждение	Спокойно-созерцательное заторможение	Недоуменная растерянность и автоматизированость, либо дисфорическое разрушительное буйство	Недоуменная растерянность, хаотическое беспокойство	Тревожная растерянность и беспокойство
Течение	Острое начало, продолжается часы - несколько суток, острое окончание	Постепенное начало, длится неделями, постепенный выход	Внезапное начало, длится от нескольких минут до дней, внезапное окончание	Постепенное начало, длится неделями, постепенный выход	Постепенное начало, ундулирующее по глубине течение, постепенный выход
Степень последующей амнезии	Фрагментарная	Фрагментарная	Полная	Полная	Фрагментарная

4. Вопросы частной психиатрии

Частная психиатрия – это раздел, который занимается вопросами отдельных заболеваний, способами лечения и профилактики психических расстройств.

4.1. Шизофрения

Шизофрения – эндогенное психическое заболевание, характеризующееся хроническим прогредиентным течением, разнообразием клинических проявлений (продуктивных психопатологических симптомов) и специфическими изменениями личности (апатико-абулический дефект). Заболевание дебютирует, как правило, в молодом возрасте – 20–25 лет.

Впервые шизофрения описана Э. Крепелином (1896) под названием dementia praecox. В 1911 г. Е. Блёйлер предложил термин «шизофрения».

Клинические проявления

Выделяют базисные, облигатные симптомы, специфичные для шизофрении как таковой, и дополнительные симптомы, обусловливающие ту или иную клиническую форму. К базисным симптомам относятся эмоциональные и волевые нарушения, структурные нарушения мышления, аутизм. Неуклонно нарастая в процессе развития заболевания, базисные симптомы обусловливают появление специфических нарушений личности – шизофренического дефекта.

Эмоциональные нарушения представляют собой прогрессирующее обеднение эмоций от апатии до эмоциональной тупости. Апатия характеризуется равнодушием к происходящему, отсутствием переживаний в отношении жизненно важных событий. Больного перестает волновать то, что ранее было важным. Теряется потребность в общении с друзьями, установлении связей с противоположным полом, построении или сохранении семейной жизни. В исходе заболевания развивается состояние эмоциональной тупости, когда

никакие происходящие события не способны вызвать у больного эмоциональный отклик. Эмоциональная тупость оставляет отпечаток на внешнем виде больного, придавая выражению лица оттенок болезненного безразличия, взгляду – «пустое» содержание, голосу – маломодулированную интонацию. Например, пациент с абсолютно одинаковой интонацией и эмоциональной окраской при беседе сообщает: «У вас каша была недосолена, а вчера у меня сын умер».

Эмоциональная неадекватность заключается в парадоксальности эмоциональных проявлений. Например, равнодушие к страданиям родственников сочетается с внезапно щепетильным отношением к незнакомому или к неживому объекту (рубят дерево – «оно живое, ему больно»). Эмоциональная амбивалентность представляет собой сосуществование противоположных переживаний в отношении одного и того же объекта. Это проявляется, в частности, в отношении родителей. С одной стороны, характерно отвержение матери, враждебность к ней. С другой стороны – беспрекословная подчиняемость ее требованиям, покорность, зависимость от нее.

Нарушение произвольной деятельности. Прогрессирует по мере течения заболевания от незначительного снижения побуждения к произвольной деятельности (гипобулия) до болезненного безволия (абулия). Гипобулия возникает прежде всего в сфере социальной деятельности. Больные без видимой причины перестают работать, учиться, забрасывают любимые увлечения. При формальной сохранности познавательных интеллектуальных функций (абстрактно-логическое мышление, память, внимание) снижается энергичность и настойчивость в практической деятельности (симптом «редукции энергетического потенциала»). В исходной стадии заболевания отмечается абулия, проявляющаяся беспомощностью в повседневной жизни, несостоятельностью в быту. Больные становятся неухоженными, неряшливыми. Абулия тесно связана с апатией, вместе они составляют основу апатико-абулического дефекта при шизофрении.

Диссоциация в сфере произвольной деятельности выражается в вычурных движениях, жестах, мимике. Характерна непредсказуемость поведения, например, враждебный выпад в отношении человека, пожелавшего оказать больному помощь.

Структурные нарушения мышления. Отмечается утрата логики, целенаправленности мышления. Появляются неожиданные умозаключения – паралогическое мышление («я не сдал экзамен по физике, потому что цветок стоял на подоконнике»). Мышление приобретает качество символического. Для обозначения понятных образов используются неологизмы – новые, никому не известные слова («скасето – прибор для чтения мыслей в голове»). В речи больных отмечается склонность к бесплодному рассуждательству, мудрствованию (резонерство). В тяжелых случаях наблюдается разорванность (атаксия) мышления, при которой в одном высказывании объединяются несочетаемые образы или понятия («ущипнуть столом»). Речь, сохраняя грамматическую правильность, теряет всякий смысл.

Аутизм представляет собой замену реальной действительности внутренним миром переживаний. Включает аутистическую отгороженность (отрыв от окружающей действительности, предпочтение внутреннего мира переживаний), аутистическое мышление (выводы больной делает на основании желаемого, а не реально происходящего), аутистическое восприятие (игнорирование реальности или ее грубое искажение в соответствии со своим внутренним миром), аутистическое перевоплощение личности (появление нового представления о себе в соответствии со сложившимися аутистическими переживаниями).

Так, при беседе с пациентом П. выяснилось, что он «потомок французского аристократического рода, был внедрен в рабоче-крестьянскую семью для улучшения генофонда России». В связи с этим пациент не ходит на работу, носит шейные платки и береты. При разговоре подчеркнуто холодно разговаривает с врачом: «я могу уделить вам несколько минут своего времени». Реальные проблемы: отсутствие средств к существованию, нарушения отношений с родственниками, потеря работы пациента не волнует, он находится в своих аутистических фантазиях.

Основные клинические формы

К основным клиническим формам шизофрении относятся: простая, параноидная, кататоническая, гебефреническая.

Простая форма. В клинической картине на первом плане преобладают базисные симптомы: прогрессирующее оскудение эмо-

ций, непродуктивность, утрата интересов, нарастающая замкнутость. Встречаются также рудиментарные продуктивные симптомы: бредовая настроенность, единичные галлюцинации, кататонические включения. Типичный возраст начала заболевания – юношеский. Простая форма протекает злокачественно с быстрым развитием апатико-абулического дефекта личности.

Гебефреническая форма. Отличительная особенность данной формы – мориоподобные изменения личности: дурашливый фон настроения в сочетании с эмоциональным снижением, абулией, разорванность мышления. Продуктивные симптомы (приступ психоза) возникают остро, отличаются полиморфизмом и незавершенностью: бредовые идеи воздействия, псевдогаллюцинации, рудиментарные проявления психического автоматизма, кататонические нарушения, общесоматические симптомы. Течение гебефренической формы злокачественное. После перенесенного психоза быстро развивается конечное состояния – дефект личности.

Кататоническая форма. В клинической картине на фоне эмоционально-волевых нарушений отмечается острый приступ люцидной кататонии. В конечном состоянии развивается дефект с рудиментарной кататонической симптоматикой.

Параноидная форма. Наиболее часто встречающаяся форма. В клинической картине приступа наблюдается синдром психического автоматизма Кандинского-Клерамбо. Встречается как злокачественный, так и среднепрогредиентный тип параноидной шизофрении. В первом случае болезнь протекает непрерывно, быстро нарастающий дефект личности отличается преобладанием разорванности мышления. Во втором случае болезнь протекает приступообразно с периодами ремиссии, дефект нарастает постепенно.

Течение шизофрении

Выделяют три основных типа течения шизофрении: непрерывно-прогредиентный, приступообразно-прогредиентный и рекуррентный (периодический).

При непрерывно-прогредиентном типе отсутствуют ремиссии. Данный тип характерен для простой и гебефренической форм, некоторых случаев параноидной формы. Приступообразно-

прогредиетный тип характеризуется тем, что после каждого перенесенного приступа эмоционально-волевые изменения личности нарастают. Для рекуррентного течения характерно наличие фазности в развитии болезни, что сближает эту форму заболевания с маниакально-депрессивным психозом. В период ремиссии изменения личности мало выражены, в связи с чем данная форма считает благоприятной.

Особенности шизофренического процесса в детском возрасте

Выделяют несколько типов шизофренического процесса у детей.

Детский тип шизофрении. Для клинической картины этого расстройства характерна полиморфная симптоматика: отмечается нарастающая замкнутость, безынициативность. Появляется своеобразное «кривляние», нелепый и неуместный смех, например, начинают заливаться смехом, когда видят, как кто-то упал или ударился. Достаточно характерно застывание в одной позе, появление странной походки, стереотипных движений (чаще эхопраксии – повторение движений окружающих). Возможны эпизоды галлюцинаций – «со мной мозг разговаривает». Этот вариант злокачественный, быстро формируется дефект, на первый план выходят грубые эмоционально-волевые расстройства.

Выделяют вариант с преобладанием нелепых страхов. У таких детей могут наблюдаться и ночные, и дневные страхи. Характерны кошмарные сновидения. Отличительная особенность этих страхов – нелепость («боюсь своих рук, пальцев»). Характерно появление большого количества неологизмов: «ко мне пришел мой всеужас».

В подростковом возрасте в дебюте заболевания выявляется синдром эндогенной юношеской астенической несостоятельности Глатцеля-Хубера: появляются жалобы на усталость, утомляемость, потерю интереса к окружающим и происходящем событиям. Пациенты долго лежат в постели, перестают ходить на занятия. В дальнейшем на первый план выходят структурные нарушения мышления, эмоциональное обеднение, аутизм.

Также в подростковом возрасте возможен дебют параноидной формы шизофрении, начинается с ограничения контактов, появления бредовых идей отношений *(«ко мне в школе учителя плохо относятся, они специально переделали звонок на урок, чтобы он меня раздражал»)*, идей преследования *(«Из школы за мной следят. Видели машины с буквой «ш»? Это специальное обозначение следящих машин»)*.

4.2. Маниакально-депрессивный психоз

Маниакально-депрессивный психоз (МДП) – это эндогенное психическое заболевание, характеризующееся циркулярным (фазным) течением, проявляющееся маниакальными и депрессивными фазами, разделенными светлыми промежутками (интермиссия). Для МДП не характерны специфические изменения личности и явления психической деградации.

Различают биполярный и монополярный тип течения заболевания. При биполярном течении отмечаются как депрессивные, так и маниакальные фазы. О монополярном типе говорят в тех случаях, когда в течении заболевания наблюдается только одна фаза.

Клинические проявления маниакальной фазы

Клинические проявления типичной маниакальной фазы складываются из маниакальной триады, соматовегетативных проявлений, витальных нарушений (сон, аппетит, половое влечение).

Маниакальная триада включает в себя радостное настроение, ускорение мышления, повышение произвольной деятельности. Ускорение мышления проявляется характерным симптомом «скачки идеи» (fuga idearum), при котором отмечается легкость перехода от одной мысли к другой, больные не завершают фразы, речь становится трудной для понимания (маниакальная речевая спутанность). Ассоциации больных поверхностны, часто по созвучию. Повышение произвольной деятельности характеризуется тем, что больные постоянно находятся в движении, поют, танцуют, одновременно затевают большое количество разнообразных дел, могут успешно

выполнять работу, требующую большого внимания и сообразительности. Соматовегетативные проявления включают симпатикотонию: мидриаз, тахикардия, сухость слизистых и др. Характерно нарушение ночного сна, повышение аппетита и полового влечения.

Клинические проявления депрессивной фазы

Клинические проявления типичной депрессивной фазы по основным качествам прямо противоположны маниакальной. Характерна депрессивная триада, соматовегетативные проявления, витальные нарушения. Депрессивная триада включает тоскливое (меланхолическое) настроение, заторможенность мышления, снижение произвольной деятельности. Меланхолия характеризуется чувством подавленности, безысходности, невозможностью радоваться. У больного отмечается скорбное выражение лица, «застывший» взгляд (смотрят куда-то вдаль, в одну точку), симптом «складки Верагута» – характерное изменение складки верхнего века. Наблюдается симптом «предсердечной тоски» – ощущение тяжести за грудиной *(«камень на сердце»)*. Заторможенность мышления проявляется длительными паузами в беседе, односложными ответами, трудностью перехода от одной мысли к другой. Больные переживают идеи самообвинения (виновность перед родными) или самоуничижения (несостоятельность, бесперспективность существования), следствием которых являются суицидные мысли, намерения, действия. Снижение произвольной деятельности проявляется в том, что движения замедлены, больные с трудом передвигаются, для них характерна однообразная («согбенная») поза, иногда ступор. На высоте депрессивной фазы отмечаются суточные колебания настроения – ослаблением симптомов депрессии в вечернее время. Соматовегетативные нарушения проявляются триадой Протопопова (тахикардия, склонность к запорам, сухость кожи и слизистых). Угнетается секреция слезных желез, снижается тургор тканей. Характерен симптом Осипова – сухость и обложенность языка белым налетом. Нарушения сна проявляются ранними пробуждениями. На высоте депрессии у больных полностью отсутствует аппетит, отмечается значительная потеря в весе. Страдает половая функция, у женщин развивается аменорея.

4.3. Аффективные расстройства у детей

Аффективные расстройства у детей встречаются крайне редко. В дошкольном возрасте можно наблюдать следующие изменения: дети становятся капризными, вялыми, плаксивыми, безынициативными. Изменяется характер ребенка: веселый, подвижный ребенок неожиданно становится плаксивым, медлительным; ласковый и доброжелательный – драчливым, ворчливым; любознательный и активный – безразличным, чрезмерно послушным. Возможно появление таких явлений, как сосание пальца, обкусывание ногтей, выдергивание волос, онанизма, энуреза и энкопреза. Речь становится медленной, односложной. Появляется долгое обдумывание ответов на простые вопросы, отказ от игр, требующих умственного напряжения и внимания, нежелание слушать некогда любимые книги. Упрощается характер игры, иногда дети достают свои старые игрушки, в которые играли в возрасте 3–4 лет.

У младших школьников возможно появление жалоб на ухудшение памяти, внимания, трудности в усвоении материала. Дети все больше времени тратят на приготовление домашних заданий, не понимают прочитанного, не могут решить простейших задач, делают ошибки в элементарных вычислениях. Много плачут, причитая, что «все равно будет двойка». Не могут сосредоточиться, становятся крайне рассеянными, забывают приготовить уроки, принести в школу тетради и учебники, жалуются на то, что поглупели: «Память испортилась, совсем глупая стала», «Не умею учиться».

В пубертатном периоде отчетливее выступают дисгармоничность, склонность к замкнутости, мудрствованию и резонерству. Для депрессии в детстве характерны колебания интенсивности симптоматики в зависимости от времени суток и жизненной ситуации. Повышенные требования ведут к усилению депрессии, и, напротив, депрессивные симптомы иногда полностью исчезают при снижении требований и школьных нагрузок.

4.4. Экзогенные психические расстройства (психические расстройства при соматических, инфекционных заболеваниях и интоксикациях)

К экзогенным относятся психические расстройства, возникающие при соматических, инфекционных заболеваниях и интоксикационных поражениях. Экзогенные (симптоматические) психозы возникают в связи с тяжелым соматическим, инфекционным или интоксикационным заболеванием, вызывающим общее истощение, нарушение гемодинамики и обмена, токсикоз (бактериальной или продуктами тканевого распада). При всем разнообразии причин клинические проявления экзогенных психозов отличаются значительным сходством. Согласно концепции «экзогенного типа реакций» К. Бонгёффера, на любые внешние вредности головной мозг отвечает ограниченным числом неспецифических психопатологических реакций. К ним относятся: расстройства сознания различных типов (делириозное, аментивное, сумеречное, оглушение, сопор, кома), эпилептиформные пароксизмы, острый галлюциноз, расстройства памяти. Все они выступают на фоне предшествующего и последующего астенического синдрома.

Астенический синдром

В своем развитии проходит три стадии:

1) ирритативная (гиперэргическая) стадия. Отмечается ослабление процессов торможения, преобладание возбуждения. Характерны бессонница (или чередование сонливости и бессонницы), анорексия, головная боль, вегетативная лабильность, гиперпатия восприятия, раздражительность, плаксивость, эмоциональная лабильность, двигательная расторможенность по типу хаотической гиперактивности. Внимание становится истощаемым, отвлекаемым;

2) апатическая (гипоэргическая) стадия. Ослабление процессов возбуждения на фоне слабости процессов торможения. Преобладают вялость, пассивность, двигательная заторможенность;

3) атоническая (анэргическая) стадия. Характеризуется глубоким истощением процессов возбуждения и торможения, обеднением психической деятельности. В клинической картине отмечается обеднение сознания до выраженной оглушенности.

Клинические проявления астенического синдрома постепенно редуцируются по мере соматического выздоровления.

Экзогенный (симптоматический) психоз

Выделяют три периода экзогенного психоза.

Продромальный период. Включает различной степени выраженности астенические явления и препсихотические симптомы:

– нарушения сна (затруднение засыпания, беспокойный сон, сноговорение, кошмарные сновидения, ночные страхи, бессонница, сонливость);

– астенические явления (головная боль, чувство разбитости, непереносимость внешних раздражителей, плаксивость, капризность, повышенная эмоциональная возбудимость, легкая истощаемость аффекта, чувство внутреннего беспокойства, повышенная утомляемость, ослабление памяти, расстройство внимания);

– эмоциональные нарушения (пугливость, страх, дистимия, благодушие, эйфория, экзальтация);

– нарушение произвольной деятельности (снижение активности и работоспособности, двигательная расторможенность);

– идеаторные нарушения (подозрительность, ипохондричность);

– расстройства восприятия (иллюзорное восприятие, гипнагогические галлюцинации, психосенсорные расстройства, расстройства схемы тела).

Острый психотический период. Клинические проявления зависят от тяжести заболевания. В случае тяжелого течения основного заболевания (соматического, инфекционного, интоксикационного) наблюдаются синдромы выключенного сознания (сопор, кома), эпилептиформные пароксизмы (судорожные припадки, сумеречное помрачение сознания), аментивное помрачение сознания. При легком течении отмечаются синдром оглушенности, онейроидное и делириозное помрачение сознания, острый галлюциноз.

Период остаточных явлений. Клинические проявления включают так называемые «переходные синдромы» Х.Вика. В зависимости от тяжести заболевания встречаются следующие варианты синдромов: астенический, депрессивный, депрессивно-параноидный,

маниакальный, галлюцинаторно-бредовый, корсаковский, амнестический. Возможно затяжное течение указанных психических нарушений. Исход экзогенного психоза варьируется от полного выздоровления до формирования стойкого психоорганического синдрома.

Диагноз острого экзогенного (симптоматического) психоза основывается на сопоставлении характера и динамики психических нарушений с динамикой и выраженностью соматического, инфекционного или интоксикационного заболевания. Характерно совпадение во времени развития основных общесоматических и психических расстройств.

Дифференциальная диагностика экзогенного психоза проводится с дебютом эндогенного заболевания, спровоцированного экзогенными факторами.

Психические расстройства при ЧМТ

Черепно-мозговая травма представляет собой механическое повреждение черепа и внутричерепного содержимого (паренхима головного мозга, мозговые оболочки, сосуды, черепные нервы). По степени тяжести различают легкую ЧМТ (сотрясение и легкий ушиб мозга), среднетяжелую (ушиб мозга средней степени тяжести) и тяжелую (тяжелый ушиб и сдавление мозга).

Выделяют следующие периоды ЧМТ: начальный, острый, подострый (период реконвалесценции) и отдаленный.

Для начального периода типичны синдромы обеднения сознания. При легкой и среднетяжелой травме отмечается оглушенность (обнубиляция, сомноленция), при тяжелой – состояния выключенного сознания (сопор, кома). В остром периоде могут возникать травматические психозы – расстройство сознания сумеречного или делириозного типа, галлюциноз, корсаковский синдром. Подострый период характеризуется выраженной соматовегетативной (головокружение, тошнота, потливость, тахикардия и др.) и неврологической симптоматикой (нистагм, тремор, нарушения координации движений). Клинические проявления периода отдаленных последствий зависит от тяжести травмы. Более легким вариантом является посттравматическая церебрастения. Отмечаются повышенная утомляемость, истощаемость внимания, трудность запоминания, непере-

носимость психического напряжения, раздражительная слабость, головные боли, нарушения сна. В тяжелых случаях наблюдается стойкий психоорганический синдром, посттравматическая деменция, корсаковский синдром, эпилептиформные припадки. Психозы отдаленного периода ЧМТ отличаются преобладанием нарушений восприятия (психосенсорные расстройства, однотипные истинные галлюцинации), парамнезий (конфабуляции), аффективных нарушений (эйфория, тревога).

Психические расстройства при мозговых инфекциях

Психические расстройства при мозговых инфекциях связаны с воспалительным процессом мозга и его оболочек (энцефалит, менингит, арахноидит). Это нарушение отмечается как при специфических нейротропных инфекциях (эпидемический, клещевой, комариный энцефалит, бешенство), так и при общих инфекционных заболеваниях (грипп, корь, ревматизм, эпидемический паротит, ветряная оспа и др.). Психические нарушения выступают на фоне интоксикации, гипертермии, общемозговых и очаговых симптомов. В остром периоде отмечаются нарушения сознания различных типов: оглушенность, делирий, аменция, онейроид и др. Их проявления нарастают в вечернее и ночное время. При затяжном течении может отмечаться галлюциноз. В постинфекционном периоде в зависимости от степени тяжести наблюдаются церебрастенический, психоорганический, корсаковский синдром, деменция.

4.5. Общее психическое недоразвитие

Общим психическим недоразвитием называется совокупность стойких непрогрессирующих синдромов, проявляющихся интеллектуальной отсталостью. Синонимами являются термины «олигофрения», «умственная отсталость». Распространенность составляет 2,2–5,8 человек на 1000 населения.

Этиология

Причины, вызывающие олигофрении, делятся на наследственные, врожденные и приобретенные. К первым относятся воздействия, повреждающие половые клетки еще до их оплодотворения. Это приводит к формированию хромосомных и генетических форм олигофрений (болезнь Дауна, фенилкетонурия и др.).

Врожденные причины обусловлены повреждением мозга до рождения, что препятствуют нормальному развитию плода. Этому способствует неполноценное питание, инфекционные болезни (сифилис, краснуха, токсоплазмоз, цитомегалия, паротит, ветряная оспа), соматические заболевания матери, токсикоз беременности, физическое истощение, токсическое воздействие (свинец, никотин, алкоголь, профессиональные отравления, лекарственные средства), иммунологическая несовместимость, радиационное поражение и др.

К приобретенным причинам относятся нарушение родовой деятельности и органические поражения мозга ребенка первые 2–3 года жизни (энцефалиты, тяжелые травмы головы, отравления, асфиксия и др.).

Примерно в 50% случаев не удается выявить какую-либо определенную причину олигофрении. Это – недифференцированные формы олигофрений.

Согласно МКБ-10 умственная отсталость (F70-79) – состояние задержанного или неполного развития психики, которое характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, то есть когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей. Адаптивное поведение при ней нарушается всегда, но степень его выраженности зависит от социальных условий и степени социальной защищенности.

Степень умственной отсталости обычно оценивается стандартизованными тестами, определяющими интеллектуальный коэффициент (IQ), по которому и происходит ориентировочное указание степени умственной отсталости. *Легкая степень (IQ 50–69)* проявляется затруднениями в освоении школьных навыков (чаще чтения и письма), эмоциональной и социальной незрелостью, в большинстве случаев возможно трудоустройство в сфере практической деятельности. У детей с *умеренной степенью (IQ 35–49)* ограничены

понимание и использование речи, навыки самообслуживания и моторики, но в зрелом возрасте есть способности к простой практической работе под надзором и к установлению элементарных социальных контактов. При *тяжелой степени умственной отсталости (IQ 20–34)* наблюдается выраженная степень моторного нарушения и неспособность в освоении школьных навыков. Больные с *глубокой степенью умственной отсталости (IQ ниже 20)* в большинстве случаев ограничены в подвижности, страдают недержанием мочи и кала, способны лишь на простые формы невербального общения и нуждаются в постоянной помощи и надзоре [3].

Ранее по степени тяжести выделяли три основные формы: идиотия, имбецильность и дебильность.

Идиотия представляет собой самую глубокую степень психического недоразвития. Отсутствуют элементарные предпосылки интеллекта. Восприятие не дифференцировано, больные не узнают даже близких. Эмоции элементарны, проявляются только в виде страха, голода или гнева. Отсутствует целенаправленная деятельность. Больные не владеют навыками самообслуживания и опрятности. Они беспомощны, требуют ухода и надзора. Отсутствует речь и общение. Больные в степени идиотии составляют около 5% всех олигофренов.

Имбецильность представляет собой тяжелую степень психического недоразвития. Основная особенность больных – неспособность к абстрактному мышлению и обучению в школе. Круг их понятий и представлений очень узок. Только некоторые из них в примитивной форме могут овладеть чтением и письмом. Запас слов крайне беден, звукопроизношение очень дефектно. Чувства весьма примитивны. Больные не самостоятельны, легко подчиняемы и внушаемы. По механизму подражания они способны овладевать навыками самообслуживания. Могут выполнять элементарные трудовые действия под руководством других лиц, но самостоятельно принимать решения не могут. Больные имбецильностью составляют 20% от общего числа олигофренов.

Дебильность является легкой степенью психического недоразвития. Больные дебильностью составляют около 75% всех олигофренов. Они недостаточно самостоятельны и склонны к подражанию. Способны к самостоятельному существованию лишь в усло-

виях простой бытовой ситуации. У больных дебильностью отсутствуют сложные обобщения. В связи с этим школьными навыками они овладевают лишь в рамках начальной школы в облегченных условиях. Не развиты тонко дифференцированные эмоции – чувство долга, товарищества, сопереживания, удовлетворения от работы. Поведение нередко определяется случайными и нерегулируемыми чувствами и влечениями, диктующимися непосредственной ситуацией. При правильном воспитании и специальном обучении больные дебильностью способны овладеть несложной специальностью и приспособиться к жизни.

Клинико-физиологическая классификация С. С. Мнухина – Д. Н. Исаева

С.С. Мнухиным (1948, 1961) была предложена классификация умственной отсталости, основанная на клинических и конституциональных особенностях высшей нервной деятельности, а не на цифрах IQ. Он выделил астеническую, атоническую и стеническую формы. Впоследствии она была расширена Д.Н. Исаевым (1967, 1970), который добавил дисфорическую форму умственной отсталости.

Стеническая форма характеризуется равномерным недоразвитием интеллектуально-мнестических и эмоционально-волевых функций.

При *астенической* форме у больных отмечаются относительно неплохой запас понятий и представлений, удовлетворительная память, хорошая житейско-бытовая ориентировка. Богаче речевой запас. Однако наблюдается неустойчивое и истощаемое внимание. Это затрудняет освоение навыков чтения, письма и счета, пространственных представлений.

Для *атонической* формы характерна плохая способность к психическому напряжению, нарушение целенаправленной активности. Больные или бездеятельны, или находятся в состоянии хаотической двигательной активности. Отмечается невозможность сосредоточения, недифференцированность эмоциональных реакций и слабость инстинктов.

Больные с *дисфорической* формой отличаются нецеленаправленным хаотическим поведением, затяжными эмоциональными реакциями дистимического и дисфорического типов.

Диагностика

В младенческом возрасте диагностически значимыми критериями являются: недостаточная реакция на окружающих, отставание развития эмоций, недостаточный интерес к игрушкам, задержка двигательного развития.

В раннем возрасте выявляется задержка развития ходьбы, позднее появление первых слов, длительное отсутствие фразовой речи, отсутствие навыков опрятности и самообслуживания, слабый интерес к игрушкам.

В дошкольном возрасте отмечается позднее появление фразовой речи (на 4–5 году), бедность фразового и словарного запаса. Отсутствуют понятия цвета, числа, величины. Недостаточно развиты навыки самообслуживания. Отсутствует игровой сюжет. Дети не умеют общаться со сверстниками из-за непонимания их интересов, смысла и правил игры. Не развиты высшие чувства (сочувствие, жалость).

В младшем школьном возрасте больные не усваивают программу начальных классов. Выявляется слабый запас знаний. Дети не знают своего домашнего адреса, профессии родителей, времен года, названий месяцев, дней недели и т. д. Отмечается неспособность образовывать обобщающие понятия (например, инструменты, профессии и др.). Больные не понимают скрытого или переносного смысла пословиц или метафор, не могут связно пересказать короткий рассказ.

Диагноз устанавливается на основе анамнестических, генетических, пренатальных, биохимических, иммунологических и клинико-лабораторных данных исследования. Используются данные экспериментально-психологического исследования интеллекта по Равену, Стенфорд-Бине, Гезеллу Векслеру (адаптированная методика для детей с 5 лет).

Дифференциальный диагноз проводится с темповыми задержками развития, резидуально-органическими синдромами (детский церебральный паралич, церебрастения, синдром гиперактивности),

психическим инфантилизмом, органической деменцией, эпилепсией, шизофренией, болезнью Геллера, ранним детским аутизмом (синдром Каннера), психической депривацией, семейно-бытовой и педагогической запущенностью.

Психозы при умственной отсталости

Возникают эти психозы чаще всего в пубертатный период. Характерны бледность и элементарность психопатологических проявлений. Соматоневрологические признаки: головная боль, головокружение, расстройства сна, резкая утомляемость и истощаемость, изменение уровня бодрствования сознания. Психозы эпизодичны, по их окончании состояние больного возвращается к исходному. Выделяют психозы с преобладанием аффективных расстройств (дисфории и депрессии), расстройств психомоторики (двигательное возбуждение или ступор), бредовые состояния, галлюцинаторные эпизоды.

Лечение

Лечение включает медикаментозную терапию и коррекционно-педагогические мероприятия.

Патогенетическая медикаментозная терапия направлена на коррекцию структурных и метаболических нарушений головного мозга, лежащих в основе интеллектуального дефекта. Используются ноотропы, вазоактивные, рассасывающие, стимулирующие, дегидратационные препараты, витамины.

Симптоматическая медикаментозная терапия направлена на коррекцию нарушений поведения, связанных с интеллектуальным дефектом. Чаще используются нейролептические средства (тиоридазин, тиаприд, неулептил, аминазин) и антиконвульсанты (финлепсин, депакин).

При фенилкетонурии, глюкозурии или врожденном гипотиреозе назначается этиологическое лечение.

Коррекционно-педагогические мероприятия включают в себя вспомогательную или индивидуальную программу обучения.

4.6. Расстройства аутистического спектра

Детский аутизм (согласно МКБ-10) отнесен в группу общих (первазивных) расстройств психологического развития, объединяющих все отклонения и задержки развития психологических функций, в частности тех, что участвуют в процессе приобретения навыков социально-бытового общения. В эту рубрику включены разные нозологические формы со сходными клиническими проявлениями:

- 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 двигательными стереотипиями
- F84.5 Синдром Аспергера

Детский аутизм (синдром Каннера)

Первые проявления аутистических нарушений можно заметить достаточно рано, но они не очень ярки. Это могут быть трудности кормления, когда ребенок отказывается от груди или вяло сосет, или же наоборот, сосет грудь очень жадно и не может насытиться. Попытка накормить ребенка из бутылочки может вызвать бурный протест или, напротив, отказываясь от груди, он охотно сосет из бутылочки. Возможны нарушения сна: ребенок не спит ни днем, ни ночью, постоянно кричит или путает день с ночью, а может, напротив, спокойно и много спать, лежать в кроватке часами с открытыми глазами без признаков беспокойства. Выявляются различные варианты реагирования на внешние раздражители: от повышенной пугливости и страха малейших шорохов до практически полного отсутствия реакций, в том числе на обращение. При этом ребенок может производить впечатление глухого и слепого. Реакция на дискомфорт тоже может быть различной: от бурных проявлений недовольства при малейшем неудобстве до отсутствия реакции на голод, мокрые пеленки, холод. Нередко родители считают своего ребенка очень «удобным», спокойным, беспроблемным. Выявляются особенности доречевого и речевого развития детей с аутизмом.

При оценке доречевого развития можно отметить, что у ребенка трудно дифференцированный крик-плач, необычное гуление (возможны отдельные взвизгивания), не имитирует звуки, жесты взрослых. К году могут появиться первые слова, но часто они не используются по назначению, например «у ребенка в год появилось первое слово – трактор, но, произнося его, он не соотносил это слово ни с каким конкретным трактором, изображенным на картинке, или игрушкой». К трем годам дети с аутизмом могут повторять фразы, характерна эхолалия. Использование языка не творческое, зачастую дети не могут самостоятельно построить фразу, уместную в данной ситуации, при формально достаточном наборе слов. Речь стереотипная, плохой ритм, интонация. Часто отмечается скандированность речи – каждое слово произносится отдельно, громко, как на параде. Бедная артикуляция примерно у половины говорящих детей. У половины или более детей речь не осмысленная (без понимания значений). Чаще ребенок берет родителей за руку и ведет к объекту, подходит к месту его привычного расположения и ждет, пока ему дадут предмет.

Социальное взаимодействие также имеет ряд особенностей: контактность обычно уменьшается, как только ребенок начинает ходить, ползать. К трем годам обычно отличает родителей от других, но большой эмоциональной привязанности не проявляет. Может обнять, поцеловать, но делает это автоматически, если его кто-то попросит. Предпочитает быть в одиночестве. Крайне плохо переносит общество других детей, может дать реакции возбуждения.

Характерно появление различных страхов: сверхценных страхов (страх одиночества, высоты, лестниц, чужих); страхов, вызванных сенсоаффективной гиперестезией (страхи бытовых шумов (пылесоса, электробритвы, фена, звука лифта, шума воды в туалете, трубах), страхов яркого света, блестящих предметов, резких тонов одежды окружающих, страхов мокрого (воды, капель дождя, снежинок); бредоподобных страхов (страхи предметов определенного цвета или формы (боязнь всего красного или боязнь всего круглого, например), необъяснимых страхов матери или иных определенных лиц, страха своей тени, страха отверстий вентиляционных решеток.

Крайне характерен *«феномен тождества»:* ребенок привыкает к среде обитания, которая как бы становится частью его самого. Не

умея выделить себя из среды, ребенок очень остро реагирует на всяческие изменения. Отмечается отвержение новых видов еды, ритуальность в режиме и атрибутике еды. Свойственна приверженность к привычным деталям окружающего: расположению мебели, игрушек, других предметов, негативизм к новой одежде, наблюдаются патологические реакции на перемену обстановки (помещение в ясли, больницу, переезд).

Протодиакризис – недостаточная способность дифференцировать людей, животных и неодушевленные предметы.

Стереотипии – частые симптомы при аутизме. Могут выявляться двигательные стереотипы: раскачивания в коляске или манеже, однообразные повороты головы, ритмические сгибания пальцев, упорное, с характером одержимости, раскачивание на игрушечной лошадке, качалке, машущие движения кистью, предплечьем, продолжительная серия прыжков.

Для всех двигательных стереотипов характерен вычурный рисунок. Сенсорные стереотипы: стереотипные зрительные, звуковые, тактильные, вкусовые, обонятельные и проприорецептивные ощущения вызываются разными способами: верчение перед глазами пальцев, верчение колес игрушки, включение и выключение света, пересыпание мозаики, сминание и разрывание бумаги, шуршание целлофановыми пакетами, раскачивание скрипящих створок двери, постоянное обнюхивание одних и тех же предметов, расслоение тканей, пересыпание круп, манипуляции с водой, упорное сосание тканей, облизывание предметов, произвольное напряжение и расслабление конечностей, всего тела, зажимание ушей, удары головой о бортик коляски, спинку кровати и др.

При работе с такими детьми педагоги используют различные методы обучения. Так как основной проблемой является замедленное развитие, учителя упрощают свои задания, используют упрощенный стиль коммуникации. Но в случаях аутизма эта стратегия не всегда срабатывает, так как у человека, страдающего аутизмом, присутствует не только отставание в развитии, но также и «отличающееся» развитие. Он по-своему необычен. Он нуждается не только в упрощении, но также в дополнительном внесении ясности, в «специальном» подходе, который имеет большое количество визуального материала.

Синдром Аспергера

Общие интересы со сверстниками не привлекают таких детей. Обычно они замещаются особыми интересами «заумного», отвлеченного характера. Стремление решения вопросов о «жизни», «мироздании» и т.п. сочетается у этих детей с нелепым собирательством железок, картинок и других предметов, не представляющих никакой ценности.

У этих детей достаточно развито логическое мышление, хотя в мышлении могут обнаруживаться тенденции к рассуждательству, символизму и амбивалентности заключений. Речь при всей ее грамматической правильности обычно не направлена на собеседника, изменены и ее мелодика, и темп. Знания трудно репродуцируются и крайне неравномерны. Активное и пассивное внимание неустойчивы, обращает на себя внимание отрешенное выражение обычно красивого лица («лицо принца») с бедной мимикой, взглядом, обращенным мимо собеседника, и неожиданной фиксацией взора на случайных предметах и окружающих лицах.

Нередко выражение лица становится сосредоточенно-самоуглубленным (брови сдвинуты, взгляд направлен как бы внутрь себя). Выразительных мимических движений мало, жестикуляция обеднена.

Моторика угловатая, движения недостаточно гармоничные и неловкие. Отмечаются также стереотипии (например, раскачивания); временами стереотипные движения могут быть весьма пластичными (и даже «сверхпластичными»).

Синдром Ретта

Синдром Ретта встречается практически только у девочек, возникает после периода нормального развития, сопровождается выраженной нейроморфологической патологией и сочетанием психических расстройств с тяжелыми неврологическими нарушениями. Синдром Ретта обычно возникает у детей с нормально протекавшими беременностью, родами и развитием в течение первых месяцев жизни (иногда до 18 мес.). Затем происходят остановка в развитии и катастрофический регресс всех форм психической деятельности с возникновением моторных стереотипий, аутизма и прогрессиру-

ющего моторного снижения, последующей инвалидизации и смерти.

Атипичный аутизм

Этот вид аутизма в отечественной детской психиатрии обычно называют детским аутизмом процессуального генеза. Данный психоз начинается у детей 3–5-летнего возраста после периода нормального психического развития. Состояние вначале характеризуется неврозоподобными, аффективными нарушениями, к которым затем присоединяются кататонические, кататоно-гебефренные расстройства и другие позитивные симптомы, свойственные детской шизофрении. По выходе из психоза в клинической картине обнаруживаются остановка в умственном развитии, изменения моторики (появление моторных стереотипий), нарушения речи, расстройство самосознания, симптомы протодиакризиса, эмоциональное оскудение и выраженный аутизм. Таким образом формируется особое дефицитарное состояние, сходное с синдромом Каннера.

4.7. Задержка психического развития

Задержки психического развития (ЗПР) – это вариант нарушения психического развития, к которому относятся различные по причинам возникновения, механизмам развития и клиническим проявлениям состояния. ЗПР – это отставание в развитии отдельных психических функций. Характерно запаздывание развития умственных навыков и способностей, поздние сроки их формирования.

Для ЗПР характерно отставание в развитии предпосылок интеллектуального развития – внимания, памяти, волевой деятельности, зрительно-двигательной координации, фонематического слуха. Также отмечается недоразвитие эмоциональной сферы. Недоразвитие отличается мозаичностью, т.е. одна из сфер может развиваться соответственно возрасту, а другая запаздывать.

Внимание. Истощаемость активного (произвольного) внимания является одним из главных проявлений ЗПР (долго не могут заниматься одним делом), наблюдается снижение способности к переключаемости внимания (не слышат обращенной речи). В раннем

возрасте нарушения внимания проявляются в низкой способности к сосредоточению – отказных и протестных реакциях при попытке заниматься с ребенком (чтение книг, складывание пазлов и т.д.). В дошкольном возрасте нарушения произвольного внимания становятся более заметными. Дети отвлекаемы, быстро забывают о поставленной цели, не заинтересованы в результатах труда. В школьном возрасте слабость и истощаемость произвольного внимания определяет нарушение усвоения новых знаний.

Память характеризуется нестойкостью, сужением объема, затруднением воспоминания. Отмечается плохое запоминание полученной информации, забывчивость. Преобладает кратковременная память над долговременной. У школьников выявляется симптом *анэкфориш* – это нарушение памяти, характеризующееся тем, что дети, легко забывая выученное, способны быстро все вспомнить при малейшей подсказке взрослых.

Произвольная деятельность. В раннем и дошкольном возрасте повышенная двигательная активность проявляется в излишней подвижности ребенка. Дети поочередно хватаются за разные игрушки, предметы. В младшем школьном возрасте обращает на себя внимание неспособность организовать собственное поведение. Дети не могут планировать свое время, закончить начатое дело. Например, в течение четырех часов школьник выполняет несложное домашнее задание.

Эмоциональное развитие: настроение детей характеризуется плаксивостью, отмечаются частые капризы, раздражительность по незначительному поводу. Отказ от выполнения требований ребенка немедленно приводит к слезам. Дети безутешны, не реагирует на теплые слова. Успокаиваются самостоятельно только по прошествии времени. Наблюдается эмоциональная лабильность – у детей отмечаются быстрый переход от положительных к отрицательным эмоциям, неспособность контролировать их, недержание эмоций.

Для *мышления* характерно преобладание живого воображения, склонность к выдумкам, фантазированию. Логические способности ослаблены, но принципиально остаются сохранны. Дети владеют простыми понятиями, догадливы, сообразительны.

Клинические формы ЗПР целесообразно разделять в зависимости от ведущего клинического синдрома:

- церебрастенический синдром
- синдром дефицита внимания с гиперактивностью
- психический инфантилизм (простой неосложненный инфантилизм, синдром церебрастенического инфантилизма, синдром невропатоподобного инфантилизма, органический инфантилизм)
- задержка развития речи
- задержка развития школьных навыков (чтение, письмо, счет)
- задержка развития моторики

4.8. Неврозы

Невроз – психогенное заболевание, которое возникает в результате нарушения особенно значимых жизненных отношений человека. Невроз проявляется обратимыми эмоциональными и соматовегетативными нарушениями при отсутствии симптомов психоза и с сохранной критикой к болезни.

Этиология. Ведущую роль в происхождении неврозов играет психотравмирующий фактор (фактор «внешних условий»). Патогенность психотравмы связана с ее субъективной значимостью для личности.

Фактором «внутренних условий» является личность больного. Понятие «невротическая личность» включает в себя такие свойства, как эгоцентризм, повышенный уровень притязаний, неспособность преодолеть вызванное психотравмой внутреннее напряжение, застревание на конфликтных переживаниях. Важную роль в происхождении невроза играет характер больного. Такие его черты, как тревожная мнительность, демонстративность, эмоциональный инфантилизм и др., являются определяющими в клинической картине невроза.

Классификация. Неврозы делятся на общие и системные. К общим относятся неврастения, невроз навязчивых состояний и истерический невроз. В их клинической картине преобладают эмоциональные расстройства: страх, тревога, раздражительность, эмоциональная лабильность и др. Разновидностями указанных общих

неврозов являются невроз ипохондрический, фобический и невротическая депрессия. Общие неврозы формируются, как правило, в молодом и зрелом возрасте.

При системных (моносимптомных) неврозах поражается какая-либо отдельная функциональная система. К ним относятся невротическое заикание, тики, страхи, расстройства сна и аппетита, энурез, энкопрез, патологические привычные действия (сосание пальцев, раскачивание, выдергивание волос и др.). Системные неврозы характерны для детского и подросткового возраста.

Неврастения

Для неврастении характерны истощаемость психических процессов и специфические эмоциональные нарушения в виде дистимии. Больные быстро устают от любой нагрузки – как физической, так и интеллектуальной. Настроение характеризуются дистимией, преобладают раздражительность, недовольство, которые легко сменяются плаксивостью, раскаянием. Наблюдается быстрая смена эмоций.

Характерны нарушения сна в виде длительного засыпания, бессонницы в ночное время. Отмечается снижение аппетита. Легко возникают проявления вегето-сосудистой дистонии. Типичны головные боли в виде «стягивающего обруча».

Специфика указанной симптоматики заключается в том, что она возникает и усиливается под влиянием психотравмирующего фактора. Патогенность психотравмы зависит от неправильных личностных установок индивида, лишающих его возможности продуктивно разрешить возникающий конфликт.

Выделяют три стадии неврастении. Для *гиперстенической* стадии характерны повышенная раздражительность, несдержанность, нетерпимость, нарушение внимания, астенический ментизм («путаются» мысли). Стадия *раздражительной слабости* проявляется вспышками дистимии. Аффект быстро истощается. Возникают слабость, сонливость. На *гипостенической* стадии преобладают психическая и физическая астения, трудность сосредоточения внимания, вялость, повышенная сонливость.

Невроз навязчивых состояний

Навязчивое состояние возникает непроизвольно, воспринимается больным как чуждое. Больные пытаются избавиться от них усилием воли, но это не всегда получается.

Для обсессивного варианта характерны различные по содержанию переживания, отвечающие критериям чуждости и непроизвольности.

При навязчивых воспоминаниях больные вспоминают бывшие в прошлом неприятные ситуации, что сопровождается переживанием дискомфорта, стыда. Навязчивые сомнения проявляются неуверенностью в завершенности различных действий. Больные многократно проверяют, закрыты ли двери, выключен ли свет и др.

При навязчивых опасениях больные беспокоятся за исход выполнения предстоящих действий. Наблюдается, например, опасение публичного выступления, сдачи экзамена, управления автомобилем и др.

Содержанием навязчивых представлений (овладевающие представления) являются реально не существующие сцены гибели, аварии, катастрофы и др. Больные представляют себе такие ситуации, представления полностью охватывают сознание больного и переживаются мучительно.

При навязчивом счете больные пересчитывают окна зданий, этажи, пуговицы верхней одежды и т.д. Содержание переживаний при этом эмоционально безразлично. Мучительно переживается сам факт непроизвольности счета.

Фобический вариант невроза навязчивых состояний проявляется навязчивыми страхами (фобиями). Наиболее распространенные из них – нозофобии – связаны с боязнью за свое здоровье. Например, встречается канцерофобия (страх онкологического заболевания), кардиофобия (страх заболевания сердца), танатофобия (страх смерти), фобии инфекционного заболевания (сифилофобия, мизофобия – боязнь заражения или загрязнения). Кроме указанных, нередко наблюдаются агорафобия (страх открытого пространства), клаустрофобия (страх замкнутого пространства), айхмофобия (страх острых предметов), гипсофобия (страх высоты). Некоторые фобии сопровождаются защитными действиями – ритуалами, снижающими навязчивый страх. Например, для мизофобии типичен

ритуал в виде навязчивого мытья рук. Встречаются символические ритуалы, при которых форма защитного действия не имеет прямого отношения к содержанию страха.

При обсессивно-компульсивном варианте в клинической картине наблюдаются контрастные идеи, влечения, действия. Их содержание противоречит нравственным установкам больного, что обусловливает их мучительность и тягостность. Например, во время присутствия на похоронах у больного возникает мысль рассмеяться (хульная мысль). Или возникает непреодолимое желание совершить непристойный поступок в общественном месте (навязчивое влечение).

Навязчивые движения проявляются тиками – непроизвольными движениями в различных группах мышц: лица (наморщивание лба, моргание и др.), плечевого пояса (подергивание плечами). Отмечаются покашливание, хмыканье, шмыганье носом (респираторные тики).

Истерический невроз

Проявляется разнообразными нарушениями – соматовегетативными, двигательными, чувствительными, эмоциональными, возникающими в связи с психотравмирующими факторами по механизму самовнушения. Пациент «вживается в роль» больного. Факт болезни избавляет пациента от необходимости сталкиваться с психотравмирующим фактором.

Двигательные истерические нарушения проявляются истерическими припадками, параличами, парезами, астазией-абазией, афонией и др.

Исторические припадки отличаются от эпилептических суженным сознанием, т.е. способностью больных реагировать на избирательные раздражители. Движения в момент припадка отличаются выразительностью и демонстративностью (истерическая «дуга» и «клоунизм» по Шарко).

Истерическая анестезия не соответствует зонам чувствительной иннервации, проявляется по типу перчаток, носков, чулков. Встречается также историческая глухота и слепота.

Истерические соматовегетативные нарушения чаще всего проявляются своеобразными болями в животе и сердце, нарушением

акта глотания и др. Характерным является отсутствие соответствующих органических поражений указанных органов.

Предрасполагающими факторами формирования истерического невроза являются такие особенности личности, как эгоцентризм, демонстративность, повышенный уровень притязаний, жажда безусловного признания, эмоциональная незрелость. Характерен внутриличностный конфликт между желаемым и реально достижимым.

Лечение

Основным патогенетическим методом лечения невроза является психотерапия. Целью ее применения является работа с личностью пациента. В ходе психотерапии пациент отказывается от дезадаптивных невротических установок, отрабатывает эффективные способы преодоления конфликта.

Тревога и эмоциональное напряжение, сопровождающие невротические переживания, купируются назначением транквилизаторов (тазепам, диазепам, феназепам). При нарушении сна назначают радедорм или нейролептики седативного действия (сонапакс, тиаприд, хлорпротиксен). При невротической депрессии назначаются антидепрессанты.

Для укрепления общего состояния больного, повышения устойчивости к психотравмам используются неспецифические методы воздействия: физиотерапия, лечебная физкультура, рефлексотерапия, режимные мероприятия и др.

4.9. Системные неврозы

Системные неврозы чаще встречаются у детей и подростков.

Энурез – недержание (неудержание) мочи во время сна (ночного или дневного) у ребенка старше четырех лет.

Выделяют *первичный* энурез – недержание мочи отмечается с раннего детства и *вторичный* – недержанию мочи предшествует длительный (не менее шести месяцев) светлый промежуток, когда ребенок не мочится в постель.

По форме: невротический и неврозоподобный энурез.

Невротический энурез возникает на фоне воздействия психотравмирующей ситуации (например, после первого визита в детский сад, школу, после посещения стоматолога, развода родителей или рождения в семье маленького брата или сестры, появления отчима и т. д.).

Неврозоподобный энурез необходимо рассматривать в рамках резидуально-органических поражений головного мозга, возникает вследствие функциональной незрелости определенных структур головного мозга, также существенную роль играет наследственный фактор.

Лечение. Все дети и подростки, страдающие энурезом, за редким исключением, должны лечиться амбулаторно. В лечении важно сформировать у ребенка правильный рефлекс – своевременного побуждения в ответ на наполнение мочевого пузыря.

Лечение включает комплекс психотерапевтических мероприятий и медикаментов. К психотерапевтическим методам можно отнести поведенческую терапию, гипносуггестивную терапию. Для медикаментозной терапии используют ноотропную терапию, антидепрессанты и гормонотерапию (как терапию резерва).

Энкопрез – недержание кала функциональной природы. То есть проктологи и неврологи при обследовании не находят никаких изменений, ни хирургических, ни неврологических, которыми можно было бы объяснить данное расстройство. Энкопрез чаще всего проявляется в дневные часы в бодрствующем состоянии и очень редко отмечается во время сна.

Причинами энкопреза могут быть перенесенные в младенческом возрасте те или иные заболевания центральной нервной системы, воспалительные заболевания собственно кишечника, запоры психогенного характера в семьях с повышенным вниманием к процессам питания, прибавки веса и регулярности опорожнения кишечника (формирование так называемого парадоксального – ложного недержания кала), памперсы, страх перед горшком, болевые ощущения при дефекации (как следствие запора, анальных трещин).

Чаще всего энкопрез неорганической природы является вторичным, то есть возникающим уже на фоне чётко сформированного навыка опрятности, но иногда он бывает и первичным, показывая, скорее всего, подсознательное нежелание ребёнка взрослеть. Вто-

ричный энкопрез часто формируется на фоне появления в семье отчима, сибса, ребенок как бы отвоевывает свое место в семье.

Лечение: семейная психотерапия, разделение отношения родителей к симптому от отношения к ребёнку; поведенческая терапия; гипносуггестивная терапия.

Заикание – нарушение ритма, темпа и плавности речи, связанное с судорогами мышц, участвующих в речевом акте. Заикание – это состояние речи, обладающее отрицательной, а в некоторых случаях и положительной динамикой, при котором наблюдаются в периферическом речевом аппарате больного судороги различной тяжести, продолжительности и частоты, возникающие в большинстве случаев вследствие невротических, неврозоподобных либо органических заболеваний нервной системы и, в свою очередь, вызывающие у значительной группы больных вторичные реактивные наслоения. Заикание чаще всего развивается в возрасте 4–5 лет, когда происходит значительное усложнение фразовой речи, связанное с интенсивным формированием мышления, и ребенок начинает задавать особенно много вопросов познавательного характера.

Однако появление заикания возможно и в более раннем возрасте, в частности в период становления речи, т. е. на 2–3-м году жизни.

Причины возникновения заикания различны: хроническая психотравмирующая ситуация (воспитание по типу доминирующей гиперпротекции, психотравмы в ДОО), чрезмерная информационная нагрузка на ребенка (повышенная образовательная нагрузка, двуязычные семьи), резидуально-органические поражения головного мозга.

В целях профилактики заикания не следует перегружать нервную систему ребенка информацией, особенно если она преждевременна, информацию преподносить таким образом, чтобы в процессе ее восприятия равномерно участвовали разные анализаторы (слух, зрение, осязание). Укреплять нервную систему с помощью физкультуры, правильного режима дня, прогулок на свежем воздухе. Освобождать от устных ответов, устных экзаменов следует лишь детей и подростков с тяжелой или сверхтяжелой формой заикания, но только временно – до перехода заикания в среднетяжелую форму.

Реакция родителей на заикание у детей. Чрезмерные переживания приводят к тому, что тревога родителей передаётся ребенку, тем самым только усиливая симптом. «Переживания» родителей выражаются в постоянном одергивании детей в ответ на малейшую запинку, а также в требованиях по несколько раз повторять фразу до тех пор, пока ребенок не произнесет ее без ошибки.

Лечение. В лечении заикания целесообразен комплексный поход. Совместная работа логопеда, психотерапевта, при необходимости добавления фармакологической терапии.

Тики – быстрые клонические подергивания ограниченной группы мышц, как правило, стереотипного или изменчивого характера, имитирующие произвольные движения, исчезающие во время сна. Тики появляются у детей в возрасте от 2 до 18 лет, наибольший пик приходится на возраст 7–11 лет.

Для тиков характерны следующие проявления: непреодолимый характер (на короткое время их можно подавлять усилием воли), их выраженность уменьшается при концентрации внимания на чем-то другом (например, просмотр фильма, компьютерная игра), течение носит волнообразный характер, имеется определенная сезонность.

Виды тиков, двигательных стереотипий и навязчивых движений

Лицо и голова:

- гримасничанье;
- сморщивание лба;
- поднятие бровей;
- моргание веками;
- зажмуривание;
- сморщивание носа;
- оскаливание зубов;
- покусывание губ;
- высовывание языка;
- вытягивание нижней челюсти;
- наклоны;
- подергивания и покачивания головой, скручивание шеи;
- смотрение по сторонам;
- вращение головой.

Руки:

- потирание рук;
- подергивание пальцами;
- перекручивание пальцев и сжимание рук в кулаки.

Тело и нижние конечности:

- пожимание плечами;
- дерганье ногами;
- коленями и большим пальцем («манерный щелчок»),
- странная походка;

- покачивание туловищем;
- подпрыгивание.

Органы дыхания и пищеварения:

- икота;
- зевание;
- принюхивание;
- продувание воздуха через ноздри;
- свистящий вздох;
- усиленное дыхание;
- отрыжка;
- сосательные или чмокающие звуки;
- прочищение горла («кхе-кхе»).

По степени тяжести (частоте):

✓ единичные тики – повторяются от 2 до 9 раз за 20 минут осмотра;

✓ серийные тики – повторяются от 10 до 29 гиперкинезов за 20 минут, после которых наступают многочасовые перерывы;

✓ тикозный статус – серийные тики от 30 до 120 и более за 20 минут без перерыва в течение дня. У всех больных в это время отмечается полное сохранение сознания.

При *лечении* тиков необходимо соблюдение ступенчатого подхода, в соответствии с которым терапия начинается с наиболее мягких препаратов, характеризующихся минимумом побочных эффектов. В дальнейшем при необходимости осуществляется постепенный переход к более сильным препаратам, использование которых, к сожалению, может сопровождаться нежелательными побочными эффектами. Их применение следует начинать с малых доз, с постепенным повышением дозы.

4.10. Психопатии

Психопатии в настоящее время рассматриваются в рамках личностных расстройств, однако рассматривать их в рамках патологии характера более корректно. Личность – это совокупность и характерологических, и интеллектуальных качеств, одаренности человека, т.е. понятие гораздо более широкое, чем характер.

Термин «характер» получил свое название от греческого слова, которое буквально переводится как отличительная черта, примета. То есть это совокупность более или менее устойчивых характеристик, которые определяют рисунок поведения человека, его реакции и действия в различных ситуациях, включая и психотравмирующие. Основные черты характера проявляются уже с рождения: один ребенок с первых часов жизни показывает свой нрав, требует выполнения своих потребностей; другой тихий, пугливый, громко не кричит, быстро успокаивается – такие черты будут сопровождать человека всю жизнь.

Характер – это сложное образование, на его формировании сказываются генетические факторы, социальное окружение, система воспитания. Говоря о генетических факторах, подразумевается, что многие черты характера наследуются от родителей. Это замечали люди, сочиняя поговорки: «Яблочко от яблони недалеко падает» или «От осины не родятся апельсины». Социальное окружение и воспитание может усугубить или сгладить определенные черты, появиться же качественно новые характеристики путем воспитания не могут. Так, например, пшеница, посаженная в плодородной почве или в условиях пустыни, все равно останется пшеницей, только в одних условиях она будет крепкая и крупная, а в других – жухлая и вялая.

Акцентуация характера – это крайнее проявление нормы. А.Е. Личко под акцентуациями характера понимал временные изменения характера, которые меняются или исчезают в процессе роста и развития ребёнка. При этом многие из них могут переходить в психопатии или сохраняться на всю жизнь. Путь развития акцентуации определяется её выраженностью, социальным окружением и видом (скрытая или явная) акцентуации. Говоря об акцентуациях характера, мы представляем человека, который обращает на себя внимание необычными суждениями, манерами, поведением, но все это укладывается в так называемые «рамки допустимого».

В зависимости от степени выраженности было выделено две степени акцентуации характера: явная и скрытая (А.Е. Личко, 1973).

Явная акцентуация относится к крайним вариантам нормы. Она отличается наличием довольно постоянных черт определенного типа характера. В подростковом возрасте особенности характера ча-

сто заостряются, а при действии психогенных факторов, адресующихся к «месту наименьшего сопротивления», могут наступать временные нарушения адаптации, отклонения в поведении.

Скрытая акцентуация относится не к крайним, а к обычным вариантам нормы. В обыденных, привычных условиях черты определенного типа характера выражены слабо или не проявляются совсем. Даже при продолжительном наблюдении, разносторонних контактах и детальном знакомстве с биографией трудно бывает составить четкое представление об определенном типе характера. Однако черты этого типа могут ярко, порой неожиданно выявиться под влиянием тех ситуаций и психических травм, которые предъявляют повышенные требования к «месту наименьшего сопротивления».

Русский психиатр П.Б. Ганнушкин в своем труде «Психопатии: статика, динамика, систематика» выделил следующие критерии психопатий: тотальность, стабильность и чрезмерная выраженность. Отличия психопатий и акцентуаций основываются на этих диагностических критериях. При акцентуациях характера никогда не бывает соответствия всем этим трем признакам психопатии сразу.

Обычно акцентуации развиваются в период становления характера, их выраженность сглаживается с возрастом. Особенности характера при акцентуациях могут проявляться не постоянно, а лишь в некоторых ситуациях, в определенной обстановке, и почти не обнаруживаться в обычных условиях. Социальная дезадаптация при акцентуациях либо вовсе отсутствует, либо бывает непродолжительной.

При психопатиях декомпенсации, острые аффективные и психопатические реакции, социальная дезадаптация возникают от любых психических травм, в самых разнообразных трудных ситуациях, от всевозможных поводов и даже без видимой причины.

При акцентуациях декомпенсируются подростки только в психотравмирующих ситуациях, где проявляется недостаточная гибкость характера, это так называемое место наименьшего сопротивления, которое у каждого из типов акцентуаций свое. При каждом типе акцентуации имеются свойственные ему, отличные от других типов, «слабые места».

Согласно МКБ-10 расстройства личности включены в рубрику F – 60–69 «Расстройства личности и расстройства поведения у зрелой личности». В этот раздел включены клинически значимые расстройства личности, т. е. декомпенсации носят клинический характер и требуют помощи специалиста.

Группировка типов психопатии и акцентуаций характера

Гипертимный тип. Этот тип психопатий детально описан Schneider (1923) и П.Б. Ганнушкиным (1933) у взрослых и Г.Е. Сухаревой (1959) у детей и подростков. П.Б. Ганнушкин дал этому типу название «конституционально-возбужденный» и включил в группу циклоидов.

Гипертимные черты начинают проявляться уже в раннем возрасте. Так, еще в детском саду эти дети всегда подвижны, непоседливы, все время находятся в приподнятом настроении. Отмечается хорошая адаптация к условиям группы, но лишь до тех пор, пока не приходит понимание, что в детском саду есть правила, режим, которым надо подчиняться. В этот момент мы можем наблюдать первые декомпенсации: активное непослушание, озорство, граничащее с бесчинством: могут кричать, топать ногами, бросаться игрушками, убегать. Примером такого поведения может быть Маша из любимого современными детьми мультфильма «Маша и медведь», эта девочка постоянно находится в приподнятом настроении, крайне непоседлива, непослушна. Отсутствуют грани и нормы поведения, практически не раскаивается в содеянном. Настоящие проблемы у этих детей начинаются с началом посещения школы, где появляются жесткие требования к дисциплине и правилам. Такие ученики занимаются только тем, что им интересно. Категорически не переносят ощущение скуки. Здесь начинает работать так называемая «сенсорная жажда гипертимов» – стремление к постоянно новым и ярким впечатлениям. Для учителей это крайне неудобные ученики. Наряду с непоседливостью, озорством они характеризуются очень хорошей памятью, быстрым схватыванием материала, так что даже из-под парты они всегда готовы дать правильный ответ. При этом их нарушения поведения быстро подхватываются всем классом, так как они довольно часто являются неформальными лидерами, совладать с этим классом очень трудно. У педагога есть только один спо-

соб: постоянная нагрузка на этого ребенка. Поскольку скорость его работы зачастую выше, чем у одноклассников, то хорошо всегда иметь дополнительные задания для него. В подростковом возрасте наиболее характерны следующие проявления: активное отстаивание собственной самостоятельности, нежелание подчиняться родителям. Они охотно уезжает в лагеря, на сборы, но адаптируются там только до тех пор, пока не сталкиваются с правилами и нормами. В ответ на дисциплинарные меры они склоны к побегам, непродолжительным отлучкам. Также они характеризуются склонностью к попаданию в дурные компании, так как там много развлечений, мало норм, почти нет правил. Склонны употреблять легкие алкогольные напитки, при этом степень алкогольного опьянения неглубокая, для легкой эйфории и поддержания компании, в связи с чем употреб-ление алкогольных напитков может начать носить регулярный характер.

Гипертимный тип характеризуется ускоренным физическим и половым развитием. Для подростков, акцентуированных по гипертимному типу, характерно рано пробудившееся и сильное половое влечение, что в сочетании с общительностью и беззастенчивостью способствует ранним сексуальным связям. Обычно это случайные половые связи с малознакомыми людьми. Весьма возможна «случайная» подростковая беременность. Также можно отметить трудности в финансовой сфере, в связи с поверхностным пониманием ситуации, действием по мимолетному желанию крайне часто одалживают деньги, при этом не думая о возвращении – «неужели мы будем ссориться из-за каких-то денег».

Гипотимный тип. П.Б. Ганнушкин относил этот тип к конституционально-депрессивным. Основной характеристикой этого типа является постоянно сниженное настроение. Первые проявления также можно увидеть еще в детстве. При начале посещения детского сада эти дети отличаются плохой адаптацией. Крайне капризны, при этом это часты тихие капризы: дети сидят в углу, на глазах слезы, которые могут течь по щекам часами, до прихода родителей. Приход матери уменьшает глубину страдания, но не убирает гипотимного фона, ребенок все равно тих, боязлив и недоверчив. Эти черты сказываются на построении отношений со сверстниками: боязливость, отсутствие инициативы делают не интересными этих

детей для сверстников. Дома эти дети обычно играют в тихие игры, при этом на лице постоянно угрюмое выражение лица. В школе, на фоне увеличения нагрузки, появляются реакции декомпенсации. Дети заостряют внимание только на отрицательных моментах – плохих оценках, сложностях взаимоотношений со сверстниками. Положительные события способны повысить настроение лишь на крайне короткий срок, оно тут же сменяется мрачным с оценкой событий в пессимистическом свете. В подростковом возрасте присоединяются рассуждения о бессмысленности существования, крайняя чувствительность к неприятностям делает этих подростков уязвимыми в появлении аутодеструктивного поведения. В связи с этим возможно появление суицидных мыслей и попыток, причем суициды носят характер истинных, долго продумываются.

Лабильный тип. Этот тип наиболее полно описан под разными наименованиями: эмоционально-лабильный (Schneider, 1923), реактивно-лабильный (П.Б. Ганнушкин, 1933) или эмотивно-лабильный (Leongard, 1964, 1968).

Главная черта лабильного типа – это крайняя быстрота и частота сменяемости настроения. При этом поводы для смены настроения могут быть абсолютно ничтожными.

Проявления в дошкольном возрасте не всегда можно четко отграничить, так как непосредственные быстрые эмоциональные реакции на ситуацию характерны для большинства детей. В подростковом возрасте эти черты начинают ярко бросаться в глаза. Отмечается частная смена настроения, причем колебания настроения могут носить полярный характер: безутешное горе, в ответ на мелкую похвалу, сменяется безграничным весельем и тут же вновь наплывом дурного настроения. Несмотря на кажущуюся поверхностность, эти люди способны на глубокие привязанности, преданность и дружбу. Такие дети достаточно комфортно чувствуют себя в домашних условиях, особенно если ребенок растет в принимающей и заботливой семье. Если дома проблемы, то эти подростки склонны искать поддержку на стороне, идти на сексуальные взаимоотношения. Лабильный тип характеризуется малодифференцированным сексуальным влечением, легко возникает транзиторный гомосексуализм. Лабильные девушки-подростки часто вступают в половую связь по причине способности на искреннюю сильную привязанность к тем,

кто им оказывает внимание, заботу и ласку. В психотравмирующих ситуациях возможны суицидные попытки, характерен аффективный тип реагирования: быстрое принятие решения и быстрое его исполнение (в тот же день).

Астено-невротический тип. Первые признаки можно увидеть на очень ранних этапах развития ребенка, в раннем детстве у таких детей довольно часто можно обнаружить черты невропатии: беспокойный сон и плохой аппетит, капризность, пугливость, плаксивость, иногда ночные страхи.

Главное проявление этого типа – практически постоянное чувство усталости («проснулся и уже устал»). Характерна повышенная утомляемость, особенно ярко проявляющаяся в условиях интеллектуального напряжения. Поведение характеризуется внезапно возникшим раздражением, которое выливается на людей вокруг, иногда случайно попавших под руку. Причем эта аффективная вспышка может так же быстро закончиться, как и началась, при этом сопровождаться слезами и глубоким раскаянием. Еще одной отличительной чертой этих подростков является фиксация на своем здоровье, постоянный поиск у себя заболеваний, так называемая ипохондризация. Сексуальная активность характеризуется неспособностью жестко противостоять сексуальным притязаниям, обычно ограничивается короткими и быстро истощающимися вспышками.

Сенситивный тип. Это люди с повышенной чувствительностью ко всему окружающему, как прекрасному, так и ужасному. Чаще ужасному, так как мир воспринимается грубым, холодным, злым и жестоким. С детства их отличает повышенная пугливость, боязливость. Они подвержены большим количествам страхов: темноты, животных, незнакомцев, метро и т.д. Отмечаются проблемы при установлении контактов со сверстниками, поскольку они им кажутся слишком грубыми, шумными, подвижными. С большим удовольствием играют с детьми, младшими по возрасту, потому что они кажутся им менее опасными и управляемыми. В семье они крайне привязаны к родным, это тихие «домашние дети».

Начиная посещать школу, они чувствуют себя дискомфортно, не любят перемены и физкультуру. Иногда плохо воспринимаются коллективом, подвергаются нападкам наиболее активных детей, но не стремятся покинуть коллектив, так как привыкают к классу,

к помещению и учителям, новый коллектив представляется еще более пугающим, чем издевательства в старом. Учатся хорошо, но стараются не показывать свои знания, чтобы не прослыть выскочкой среди одноклассников. Довольно часто учителя ставят таких детей в пример, видя их старательность и исполнительность, на позиции формальных лидеров, но это воспринимается детьми тяжело. В основном все делают самостоятельно, категорически не могут руководить людьми. Сенситивы склонны к истинным суицидам, не делятся своими переживаниями, долго вынашивают и аккумулируют чувство вины и мысли о бессмысленности своего существования.

Психастенический тип. Основными чертами этого типа являются робость, пугливость. У этих детей рано появляется интерес к интеллектуальным занятиям, склонность к рассуждательству.

У них часто формируются различные фобии: боязнь темноты, новых людей, каких-то событий. Таким детям нельзя, например, обещать приход матери в три часа дня и при этом опоздать, так как ребенок все это время будет стоять у окна с представлениями и мыслями о том, что случилось что-то страшное: попала под машину, напали бандиты, будет испытывать страх и огромную тревогу.

Ситуация начала школьного обучения для ребенка с психастеническими чертами является крайне психотравматичной. Появление новых обязанностей, форм контроля, связанных с поступлением в школу, чрезмерное чувство ответственности увеличивают страх перед замечаниями и плохими оценками. В этот период можно ожидать появление ритуалов, навязчивых мыслей и движений.

В подростковом возрасте на первый план выступает склонность к самоанализу, появляются страхи за свое здоровье, за возможное появление болезней. Опасения психастеника всегда направлены в будущее, он живет в постоянном ожидании чего-то плохого, непоправимого. Ожидание проверки для психастеника гораздо травматичнее, чем сама проверка. Опасения направлены не только на себя, но ярко выражены опасения за судьбу близких, к которым они крайне привязаны.

Защитой от постоянной тревоги являются придуманные приметы, ритуалы. Так, один пациент говорил, что если у него в голове появлялись мысли о чем-то плохом, о том, что он может сойти сума,

ему было необходимо перемыть все тарелки, что снизит тревогу; другой никогда не выходил на остановке, если она была за перекрестком, мог только перед ним. Рассуждательство у психастеника достигает нелепого уровня, принятие любого самостоятельного решения является проблемой: на какой фильм пойти в выходные, что подарить на день рождения и т.д.

У некоторых подростков возможно появление реакций гиперкомпенсации, которая может проявляться в том, что они высказывают крайне категоричные решения, демонстрируют утрированную решительность и скоропалительность. Склонность к самоанализу проявляется в повышенном интересе к психологической литературе, поиске у себя патологических черт.

Шизоидный тип. Наиболее существенной чертой данного типа считается замкнутость, отгороженность от окружающего, неспособность или нежелание устанавливать контакты, снижение потребности в общении.

Черты шизоидного типа проявляются с детства: любит играть один, не тянется к сверстникам, избегает шумных забав, предпочитает держаться среди взрослых. Быстро появляется интерес к интеллектуальной деятельности: могут подолгу рассматривать книги, быстро учатся читать, довольно часто раньше, чем сверстники. В подростковом возрасте черты шизоида становятся крайне заметными: замкнутость, отгороженность от сверстников бросаются в глаза. Интересно, что сам подросток не тяготится ни одиночеством, ни дефицитом общения, больше этим озабочены родные и близкие, которые считают, что они несчастливы от этого. К дефициту интуиции следует добавить тесно с ним связанный недостаток сопереживания – неумение разделять радость и печаль другого, понять обиду, прочувствовать чужое волнение и беспокойство. Внутренний мир почти всегда закрыт от посторонних взоров. Внутренний мир шизоида очень часто богат «подобно лишенным украшений римским виллам, ставни которых закрыты от яркого солнца; однако в сумерках их внутренних покоев справляются роскошные пиры» (Кречмер). Но не у всякого подростка с шизоидными чертами столь богат внутренний мир, иногда это бывает «пустой шизоид», т. е. внутренний мир заполнен довольно банальными, бытовыми фантазиями.

Реакция эмансипации весьма своеобразна: подросток спокойно переносит мелочную опеку, распорядок дня, установленный дома, но при попытке вторгнуться в его внутренний мир, в его увлечения может дать бурный протест. Шизоидный подросток любит высказывать недовольство по поводу порядков в обществе, моральных и этических догм. В группе сверстников они плохо адаптируются, кажутся странными «белыми воронами». Но из-за своей отстраненности, холодности не вызывают у сверстников желание посмеяться над ними, чаще их уважают, считая умными и много знающими «о смысле жизни». Крайне характерны для них реакции увлечения. Чаще всего приходится встречать интеллектуально-эстетические хобби: любят книги, поглощают их запоем, чтению предпочитают все другие развлечения. Часто успешны в компьютерной сфере, могут часами писать программы, создавать игры, при этом сам процесс для них интереснее, чем результат. Они, как правило, не задумываются об утилитарном применении их продукта. На втором месте стоят хобби мануально-телесного типа, здесь выступают механизмы гиперкомпенсации, их врожденная моторная неловкость в результате упорных занятий сглаживается. Выбор направления в спорте, как правило, не ординарен: любят айкидо, цигун, йогу.

Эпилептоидный тип. Основными чертами этого типа являются напряженность аффективной и волевой сферы, вязкость, тугоподвижность и инертность.

Аффективные разряды эпилептоида формируются по механизму «последней капли», в связи с чем могут казаться внезапными. Но это не так, недовольство накапливается постепенно, может в течение нескольких дней, а затем разрывается, подобно паровому котлу, сметая все на своем пути. Первые проявления наблюдаются уже у детей, как правило, они проявляются затяжными капризами. Причем эти капризы носят оттенок злобности, изводят окружающих. Могут проявиться и садистические наклонности, со стремлением мучить беззащитных, очень часто достается животным. Также в детстве можно видеть нехарактерную для этого возраста бережливость в отношении всего своего. Любые попытки со стороны сверстников претендовать на его игрушки вызывают крайне злобную реакцию.

В подростковом возрасте многие черты усугубляются. Подростки довольно часто ищут повода для разрядки. Повод для гнева

может быть мал и ничтожен, но он всегда сопряжен хотя бы с незначительным ущемлением интересов или покушением на их собственность. Эпилептоидный подросток в ярости способен столкнуть с лестницы показавшего ему язык малыша, броситься с кулаками на заведомо более сильного обидчика. В драке обнаруживается стремление бить противника по гениталиям.

Также в этот период пробуждается и сексуальное влечение. Любовь эпилептоида всегда сопровождается ревностью, преследованием партнера, постоянным изведением разговорами о неверности. Подростки во время выяснения отношений могут прибегать к аутодеструктивным действиям, причем всегда грубым повреждениям. Например: «Видишь, как я тебя люблю», – говорит подросток, нанося себе глубокий порез бутылкой или туша об руку сигарету. Реакция увлечения наиболее часто проявляется в любви к азартным играм.

Истероидный тип. Основная черта этого типа – это стремление быть в центре внимания, причем полюс внимания не всегда важен: это может быть восхищение или негодование и даже ненависть. Довольно часто истероиды воспитываются по типу «кумир семьи», все члены семьи постоянно восхищаются ими, превозносят их достижения, даже самые ничтожные. Первые проблемы возникают, когда ребенок начинает посещать детский сад. Он крайне негативно относится к тому, что внимание распределяется на всех детей. Чтобы достичь своей основной цели (повышенного внимания), он применяет большой арсенал средств – от легких слез, истерик до бурных реакций непослушания с криками, топаньем ногами, киданием игрушек и т.п. При этом в ситуации выступления на детских праздниках они чувствуют себя прекрасно, с удовольствием читают стихи, поют песни, танцуют. Но хотят исполнять только солирующие партии, читать самые длинные стихи, чтобы внимание было обращено в их сторону. В школе, когда требования лишь возрастают, реакции привлечения внимания становятся все более изощренными: это мнимые болезни, обмороки, истерические рвоты, истерические припадки. Кроме этого, подростки склонны к фантазированию, псевдологии, чтобы приукрасить свою персону, они рассказывают истории о несметных богатствах своих родителей, о своем необычном происхождении.

В подростковом возрасте на первый план выходит шантажное суицидное поведение. Все суицидальные попытки сопровождаются обильными сигналами: предсмертные записки, оставление прощальных фраз на стене «ВКонтакте» или рассылка сообщений о своем намерении всем знакомым. Попытка суицида, как правило, носит яркий демонстративный характер: в часы, когда все дома, с криками подбегают к окну или, сделав поверхностные порезы на руках, выходят на кухню к ужину со словами «вот до чего вы меня довели». Как правило, причиной суицидной попытки является нежелание окружающих выполнять их требования или несоответствие их реакции ожидаемой.

Реакции оппозиции у истероидов возникают в ответ на утрату позиции кумира в своей семье. Это могут быть уходы в болезнь, суицидные попытки, поведенческие нарушения. Так, одна девочка после появления в семье брата стала прогуливать школу, ездить на дачи к незнакомым мужчинам, приходить в состоянии алкогольного опьянения, выпивая перед самой квартирой.

Увлечения почти целиком сосредоточиваются в области эгоцентрического типа хобби: театральные студии, вокальные школы.

Неустойчивый тип. Отличаются отсутствием внутреннего стержня, воли. Они практически не могут прикладывать волевые усилия в достижении цели, плывут по течению.

В детском саду они отличаются плохим усвоением поведенческих рамок, правил, из-за чего они непослушны, но при этом довольно трусливы, сразу реагируют на замечания, нередко появлением слез. Легко подчиняются сверстникам. В обучении в школе проявляют свою полную несостоятельность. При этом говорят, что учиться неинтересно. Часто убегают с уроков, стремясь к легким развлечениям. Под влиянием сверстников убегают из дома, могут выносить ценные вещи по просьбе «друзей». Крайне склонны к получению быстрого удовольствия, в связи с чем довольно рано начинают курить, употреблять алкогольные напитки и наркотики. В подростковом возрасте все время проводят в компаниях, в связи с отсутствием волевого компонента легко склоняются на мелкие правонарушения, при этом нередко остаются крайними, все проступки «вешаются» на них. Из-за недостатка волевого компонента склонны к алкоголизму и наркомании.

5. Методические рекомендации по работе с детьми с психопатологическими расстройствами

Рекомендации по работе с детьми с церебрастеническим синдромом:

- соблюдение режима;
- обязательные прогулки;
- свежий воздух;
- дозированность нагрузки;
- физическая нагрузка, но она не должна вызывать переутомление;
- занятия лучше проводить в первой половине дня, при возможности в индивидуальном режиме;
- акустический режим (дать возможность ребенку находиться в тихом помещении);
- уменьшение раздражителей;
- ребенок должен иметь возможность отдохнуть в тихом, хорошо проветренном помещении;
- обязательна консультация у невролога (назначение препаратов поддерживающей медикаментозной терапии).

Рекомендации по работе с детьми с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью

Общий принцип подхода включает в себя понимание, что поведение ребенка является следствием заболевания, а не неправильного воспитания; ребенок страдает от собственного поведения, но при этом не может его контролировать.

Необходимо введение режима, щадящего ребенка, так как повышенная активность ребенка является признаком повышенной истощаемости нервной системы, а не переизбытка энергии.

Мозг ребёнка с СДВГ работает циклично: 10–15 минут работы, а потом на 5–7 минут ребёнок как бы выключается, у него не хватает энергии на продолжение работы, и ему требуется эту энергию набрать. В эти 5–7 минут, для того чтобы сознание было включено,

ребёнок вынужден вертеть головой, двигать конечностями или всем туловищем.

При появлении у ребенка необходимости подвигаться во время занятия не следует это запрещать, так как в этот момент у него происходит стимуляция, необходимая для дальнейших занятий.

Нельзя забывать, что в первую очередь страдает сам ребенок. Ведь он не может вести себя так, как требуют взрослые, и не потому, что не хочет, а потому, что его физиологические возможности не позволяют ему сделать это. Такому ребенку трудно долгое время сидеть неподвижно, не ерзать, не разговаривать. Постоянные окрики, замечания, угрозы наказания, на которые так щедры взрослые, не улучшают его поведения, а порой даже становятся источниками новых конфликтов. Отрицательные формы воздействия могут способствовать формированию у ребенка отрицательных черт характера.

Необходимо научить понимать родителей, почему ребенок так себя ведет (какой он?), обсудить эффективные и неэффективные способы воздействия на ребенка (как можно на него подействовать?).

Важна индивидуальная работа с детьми: нужно научить их формулировать проблему, жалобу, правильно излагать просьбу

Необходимо помочь ребенку выработать навыки самоконтроля, правильно реагировать на неуспехи, выработать способы выражения негативных эмоций, разочарования.

Полезны тренинги-занятия для родителей: «Родительские навыки», «Безопасность ребенка» и «Понимание поведения ребенка».

Рекомендации по работе с детьми с ЗПР в дошкольном возрасте:

- Постоянно держать таких детей в поле зрения, не оставлять их без внимания.
- Многократно повторять материал на занятиях.
- Создавать ситуации успеха, поощрять за малейшие дела.
- При проведении любого вида занятий или игр воспитатель должен помнить, что необходимо решать не только задачи общеобразовательной программы, но и коррекционные задачи.
- Закреплять пройденный материал в свободной деятельности, во время режимных моментов.

• Предлагать ребенку с ЗПР облегченные задания, не сообщая об этом воспитаннику.

• Проводить дополнительные индивидуальные занятия по закреплению материала.

• Давать ребенку не многоступенчатую инструкцию, а дробить ее на части.

• Поскольку дети с ЗПР имеют низкую работоспособность, быстро истощаются, не нужно принуждать ребенка к активной мыслительной деятельности в конце занятия.

• Необходимо использовать максимальное количество анализаторов при усвоении нового материала.

• Поскольку у детей с ЗПР отсутствует любознательность и низкая учебная мотивация, необходимо применять красивую, яркую наглядность.

• Речь самого воспитателя должна служить образцом для детей с речевыми нарушениями: быть четкой, предельно внятной, хорошо интонированной, выразительной, без нарушения звукопроизношения. Речь должна быть простой.

• Не концентрировать внимание на недостатках ребенка.

• Давать посильные поручения, вырабатывать самостоятельность, ответственность, критичность к своим действиям.

• Предоставлять ребенку выбор, формировать умение принимать решения, брать на себя ответственность.

• Учить анализировать свои действия, критично относиться к результатам своего труда. Обсуждения заканчивать на положительной ноте.

• Включать ребенка в общественную жизнь, показывать его значимость в социуме, учить осознавать себя личностью.

• Установить доверительные партнерские отношения с родителями или близкими ребенка, договориться о совместных действиях, направленных на поддержку ребенка.

• При необходимости посоветовать родителям обратиться к специалистам (логопед, дефектолог, психолог).

• При необходимости посоветовать обратиться за медикаментозной помощью к узким специалистам (невропатолог, иммунолог, отоларинголог, офтальмолог).

Использование сенсорно-интегративных методик при работе с детьми с ЗПР

У детей с задержками психического развития возможно проявление симптомов нарушения сенсорной интеграции: неправильная интерпретация тактильной, слуховой, зрительной, обонятельной, вкусовой, гравитационной и двигательной информации. В связи с этим полезно использование следующих игр при работе с детьми:

- ***«Где сейчас кошка»***

Цель игры: стимуляция тактильной чувствительности, улучшение внимания и скорости реакции у ребенка.

Ход игры. Педагог касается мягкой игрушкой (киской) разных частей тела ребенка, а ребенок с закрытыми глазами определяет, где кошка. По аналогии для касания можно использовать другие предметы: мокрую рыбку, колючего ежика и др.

- ***«Чудесный мешочек»***

Цель игры: стимуляция тактильной чувствительности, тренировка дифференциации собственных ощущений.

Ход игры: 1) В непрозрачный мешочек кладут предметы разной формы, величины, фактуры (игрушки, геометрические фигуры и тела, пластмассовые буквы и цифры и др.). Ребенку предлагают на ощупь, не заглядывая в мешочек, найти нужный предмет. 2) «Определи на ощупь»: в мешочке находятся парные предметы, различающиеся одним признаком (пуговицы большая и маленькая, линейки широкая и узкая и т. д.). Нужно на ощупь узнать предмет и назвать его признаки: длинный — короткий, толстый — тонкий, большой — маленький, узкий — широкий и т. д.

- ***«Платочек для куклы»***

Цель игры: стимуляция тактильной чувствительности, тренировка дифференциации собственных ощущений (определение предметов по фактуре материала, в данном случае определение типа ткани).

Ход игры. Детям предлагают трех кукол в разных платочках (шелковом, шерстяном, вязаном). Дети поочередно рассматривают и ощупывают все платочки. Затем платочки снимают и складывают

в мешочек. Дети на ощупь отыскивают в мешочке нужный платочек для каждой куклы.

- ***«Угадай на ощупь, из чего сделан этот предмет»***

Цель игры: стимуляция тактильной чувствительности, тренировка дифференциации собственных ощущений.

Ход игры. Ребенку предлагают на ощупь определить, из чего изготовлены различные предметы: стеклянный стакан, деревянный брусок, железная лопатка, пластмассовая бутылка, пушистая игрушка, кожаные перчатки, резиновый мяч, глиняная ваза и др.

По аналогии можно использовать предметы и материалы различной текстуры и определить, какие они: вязкие, липкие, шершавые, бархатистые, гладкие, пушистые и т. д.

- ***«Узнай предмет по контуру»***

Ребенку завязывают глаза и дают в руки вырезанную из картона фигуру (это может быть зайчик, елочка, пирамидка, домик, рыбка, птичка). Спрашивают, что это за предмет. Убирают фигуру, развязывают глаза и просят по памяти нарисовать ее, сравнить рисунок с контуром, обвести фигуру.

- ***«Догадайся, что за предмет»***

На столе разложены различные объемные игрушки или небольшие предметы (погремушка, мячик, кубик, расческа, зубная щетка и др.), которые накрыты сверху тонкой, но плотной и непрозрачной салфеткой. Ребенку предлагают через салфетку на ощупь определить предметы и назвать их.

- ***«Найди пару»***

Материал: пластинки, оклеенные бархатом, наждачной бумагой, фольгой, вельветом, фланелью. Ребенку предлагают с завязанными глазами на ощупь найти пары одинаковых пластинок.

- ***«Найди ящичек»***

Материал: спичечные коробки, сверху оклеенные различными материалами: вельветом, шерстью, бархатом, шелком, бумагой, линолеумом и др. Внутри выдвижных ящичков также приклеены кусочки материала. Ящички находятся отдельно. Ребенку предлагают на ощупь определить, какой ящичек от какого коробка.

Гимнастика мозга

Основная идея сенсорной интеграции состоит в том, что мозгу для комфорта требуется определенный уровень ответа от рецепторов зрительных, слуховых, вестибулярных, тактильных в коже и проприоцептивных в глубине. Один и тот же человек может любить яркие краски, но не выносить громких звуков. При этом любить носки грубой вязки и тяжелые ботинки, но не выносить свитеров и украшений. Понимание такого влияния сенсорного ответа на самочувствие может помочь человеку в двух направлениях: научить создавать себе комфортные условия в ближайшем будущем и попытаться постепенно снять проблему регулярными упражнениями. К таким упражнениям относится адаптированный вариант работы докторов Пола И. Деннисона и Гейл Деннисон «Гимнастика мозга». Открытия этих авторов основаны на понимании взаимосвязи физического развития, языкового становления и учебных достижений личности.

Упражнения:

1. Перекрестные шаги и прыжки

Прыгайте так, чтобы в такт движения правой ноги двигалась левая рука. А потом левая нога и правая рука. Прыгайте вперед, в стороны, назад. Глазами двигайте во всех направлениях. При ходьбе коснитесь левой рукой правого колена, а теперь правой рукой левого колена.

2. «Ленивые восьмерки»

Возьмите в правую руку карандаш и начертите на бумаге восьмерку (знак бесконечности), потом левой. А теперь правой и левой одновременно. Начертите восьмерки в воздухе, поочередно каждой рукой и обеими одновременно.

3. «Двойной рисунок»

Возьмите в каждую руку карандаш или ручку. Изобразите на листе бумаги что угодно, двигая обеими руками одновременно: навстречу друг другу; вверх — вниз, т. е. левой рукой вверх, правой рукой — вниз, и наоборот; разводя в разные стороны.

4. «Слон»

Согните колени, прижмите голову к плечу и вытяните руку вперед (ту, которой пишете). Рисуйте ленивую восьмерку в воздухе,

одновременно вытягивайте верхнюю часть туловища вслед за рукой, двигая ребрами. Смотрите дальше своих пальцев. Повторите то же с другой рукой.

5. Вращение шеи

Дышите глубоко, расслабьте плечи, опустите голову прямо вниз. Медленно вращайте головой из стороны в сторону, совершенно расслабляясь при выдохе. Делайте небольшие круговые движения подбородком.

6. Перекрестный шаг сидя

Сядьте на коврик. Представьте себе, что вы едете на велосипеде и касаетесь при этом локтями противоположных колен. Поднимите правое колено, коснитесь левым локтем. Левое колено – правый локоть.

7. «Энергизатор»

Сядьте за стол. Руки на стол ладонями вниз. Положите голову между руками. Выдох. Вдох спокойный и глубокий. Легко поднимайте голову, начиная со лба, затем шею, затем верхнюю часть тела; нижняя часть тела и шея расслаблены. Выдох, опустите подбородок на грудь. Опустите голову так, чтобы удлинить задние мышцы тела. Расслабьтесь и дышите глубоко.

8. Брюшное дыхание

Выполняется перед обедом для того, чтобы расслабиться и лучше переварить пищу. Положите руку на брюшную область. Выдохните весь воздух короткими маленькими струйками, словно стремитесь удержать пушинку на лету. Сделайте медленный глубокий вдох, нежно, подобно шару. Ваша рука мягко опускается при выдохе и поднимается при вдохе. Повторите выдох и при этом прогните спину, чтобы при вдохе воздух проник глубже в легкие.

9. «Крюки»

Для выполнения упражнения «Крюки» вначале скрестите лодыжки, как вам это удобно. Затем скрестите руки, соедините пальцы рук в «замок» и выверните их. Для этого вытяните руки вперед, тыльными сторонами ладоней друг к другу и большими пальцами вниз. Теперь перенесите одну руку через другую, соедините ладони и возьмите пальцы в замок. Затем опустите руки вниз и выверните их внутрь на уровне груди так, чтобы локти были направлены вниз.

Это сложное перекрестное движение оказывает на мозг тот же интегрирующий эффект.

10. «Ленивые восьмерки для глаз»

Эти «Ленивые восьмерки» заключаются в слежении глазами за движущимся большим пальцем, описывающим восьмерку (как знак бесконечности) в горизонтальном поле видения. Чтобы проделать это, выставьте руку вперед, поднимите большой палец на уровне переносицы в переднем зрительном поле, примерно на расстоянии локтя, и начните движение по форме восьмерки. Движения должны быть медленными и осознанными для достижения максимальной мышечной концентрации. Держите голову прямо и расслабленно. Следите при этом за движением большого пальца только глазами. Большой палец начинает движение от центра зрительного поля и идет вверх по краю поля видения, далее следует против часовой стрелки вниз и возвращается в центр. Затем аналогично, по часовой стрелке, вправо и вверх и обратно в центр. Движение необходимо повторить как минимум по три раза каждой рукой, плавными и непрерывными движениями.

11. «Думающий колпак»

Упражнение активизирует весь механизм слухового восприятия и способствует развитию памяти. Для того чтобы сделать это упражнение, надо оттягивать ушные раковины, слегка выворачивая их и продвигаясь сверху вниз, несколько раз.

12. «Энергетическая зевота»

Для выполнения энергетической зевоты нужно массировать мышцы вокруг зоны челюстно-височного сустава. Этот сустав находится прямо перед ушным отверстием и является суставом, соединяющим верхнюю и нижнюю челюсти. Через этот сустав проходят стволы пяти основных черепных нервов, которые собирают сенсорную информацию от всего лица, глазных мышц, языка и рта, активизируют все мышцы лица, глаз и рта при жевании и воспроизведении звуков. Энергетическая зевота оказывает на детей потрясающее действие. Благодаря расслаблению мышц и облегчению функционирования нервов челюстно-височного сустава улучшаются все связанные с ними функции глаз, лицевых мышц и рта.

Рекомендации по работе с детьми с расстройствами аутистического спектра (РАС)

Для помощи таким детям учителя используют различные методы обучения. Так как основной проблемой является замедленное развитие, учителя упрощают свои задания, используют упрощенный стиль коммуникации.

Упрощение является наиболее важной педагогической стратегией при обеспечении помощи таким обычным детям, имеющим проблемы в развитии, но в случаях аутизма эта стратегия не срабатывает, так как у человека, страдающего аутизмом, присутствует не только отставание в развитии, но также и «отличающееся» развитие. Он по-своему необычен, нуждается не только в упрощении, но также в дополнительном внесении ясности, а также в «специальном» подходе, который имеет большое количество визуального материала.

При разработке индивидуальных программ следует помнить, что дети с РАС каждый имеет свои клинические особенности. В связи с этим на первом этапе необходимо хорошо изучить конкретные особенности ребенка.

Общими рекомендациями могут быть следующие:

- Постоянство в пространственной организации учебной деятельности, т.е. лучше, чтобы ребенок сидел за одним и тем же столом, в одном месте.
- По желанию ребенка педагог может предложить ему выбрать удобное для него место в классе.
- Вначале ребенок с РАС может находиться в классе не полный день, а всего 1–2 урока (лучше тот, на котором будет успешнее), постепенно увеличиваются «доза» и объем его пребывания в обычном классе.
- Стабильность расписания занятий. Помогают визуальные расписания, схемы или планы деятельности.
- Инструкции педагога должны быть краткими, четкими и понятными: «возьми ручку», «открой тетрадь».
- Использование визуальных символов, подкрепляющих развитие в окружающей среде (фотографии предметов, нарисованные предметы и действия, символические обозначения действий: «нет… не хочу… спасибо»).

• Полезно положительное подкрепление. Например, ребенку нравится сухой бассейн или шуршание фантиков, после успешного занятия можно дать ему позаниматься тем, что ему нравится.

• Использование всех сенсорных каналов, т. е. у него должна быть возможность потрогать, услышать, как звучит и даже понюхать предмет.

Рекомендации по работе с детьми с повышенной агрессивностью и импульсивностью

У некоторых детей на первый план выходят нарушения поведения, связанные с нарушениями саморегуляции поведения у ряда детей, может выявляться повышенная агрессивность для ее коррекции могут быть использованы следующие игры:

Мешочек для криков

Если ребенок возмущен, взволнован, разозлен, словом, просто не в состоянии говорить с вами спокойно, предложите ему воспользоваться «мешочком криков». Договоритесь с ребенком, что пока у него в руках этот мешочек, то он может кричать и визжать в него столько, сколько ему необходимо. Но когда он опустит волшебный мешочек, то будет разговаривать с окружающими спокойным голосом, обсуждая произошедшее.

Примечание. Так называемый «мешочек криков» вы можете изготовить из любого тканевого мешочка, желательно пришить к нему завязочки, чтобы иметь возможность «закрыть» все «кричалки» на время нормального разговора. Получившийся мешочек должен храниться в определенном месте и не использоваться с другими целями. Если под рукой не оказалось мешочка, то можно его переделать в «баночку криков» или даже «кастрюлю криков», желательно с крышкой. Однако использовать их позднее для мирных целей, например для приготовления еды, будет крайне нежелательно.

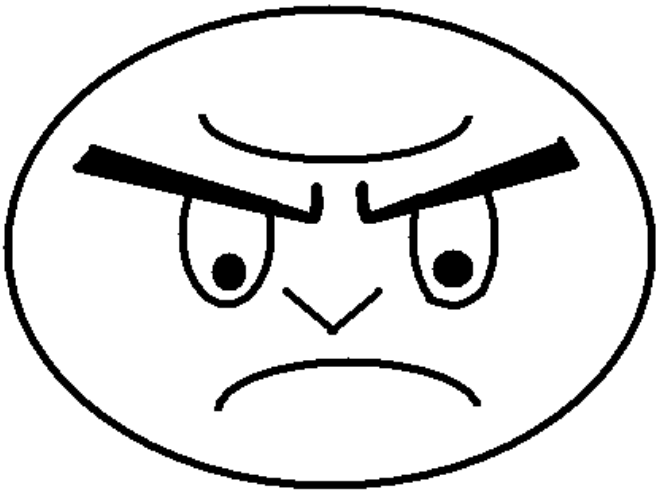
Лист гнева

Зрительный образ гнева сопровождается такой инструкцией по применению: «В случае припадка ярости скомкать и швырнуть в угол!».

Однако это способ поведения скорее взрослых, детям же просто один раз швырнуть скомканную бумагу в угол обычно недоста-

точно. Поэтому им стоит предложить разные способы выражения своих негативных эмоций: можно комкать, рвать, кусать, топтать, пинать листок гнева до тех пор, пока ребенок не почувствует, что это чувство уменьшилось и теперь он легко с ним справится. После этого попросите мальчика или девочку окончательно справиться со своим гневом, собрав все кусочки «гневного листа» и выбросив их в мусорное ведро. Как правило, в процессе работы дети перестают злиться, и эта игра начинает их веселить, так что заканчивают ее обычно в хорошем настроении.

Примечание. «Листок гнева» можно изготовить самим. Если это будет делать сам ребенок, то получится даже двойная проработка его эмоционального состояния. Итак, предложите ребенку представить, как выглядит его гнев: какой он формы, размера, на что или на кого похож. Теперь пусть ребенок изобразит получившийся образ на бумаге (с маленькими детьми нужно сразу переходить к рисованию, так как им еще сложно изобразить образ словами, что может вызвать дополнительное раздражение). Дальше для расправы с гневом (как описывалось выше) все способы хороши!



Танцы на тему: течение воды, полет бабочки

Цели: снятие мышечных зажимов; развитие умения выражать свои эмоции с помощью движений.

Материал: кассета с записью 5 мелодий: плавная музыка, импульсивная, резкая музыка или бой барабанов, хаотичный набор звуков, лирическая музыка, спокойная музыка или шум воды.

Проведение: прослушать по очереди мелодии и подумать, кто бы мог танцевать под каждую мелодию, какие должны быть движения?

1-я мелодия: «Течение воды» – плавная. Движения под нее нерезкие, неторопливые, мягкие, переходящие из одного в другое.

– Кто хочет показать свои движения, свой танец? А кто еще? А теперь все вместе слушаем отрывок еще раз и танцуем под музыку.

2-я мелодия: «Переход через чащу» – импульсивная музыка, резкие, сильные, рубящие движения. Разбор тот же.

3-я мелодия: «Сломанная кукла» – хаотичный набор звуков, обрывистые, незаконченные движения.

4-я мелодия: «Полет бабочки» – лирическая, плавная мелодия. Тонкие, изящные движения.

5-я мелодия: «Покой» – спокойная, тихая музыка.

– А теперь все 5 мелодий будут звучать без остановок.

Дети танцуют танец «Пять движений».

– Музыка закончилась, остановились, послушали тишину. Как бьется сердце, приложите руку к сердцу, послушайте его. Что больше всего понравилось? Кому какие движения было приятно делать?

Танец с закрытыми глазами

Цели: снятие мышечных зажимов, развитие умения выражать свои эмоции с помощью движений.

Материал: плавная музыка, повязка на глаза.

Проведение. Под спокойную музыку закрываем ребенку глаза и предлагаем потанцевать. Для подстраховки можно танцевать вместе с ребенком, держась за руки.

Выплеск гнева (подушка для пинания)

Цель игры: создание социально приемлемого сброса гнева, снятие напряжения.

Оборудование: подушка с нарисованной рожицей.

Проведение. Когда у ребенка приступ агрессии, гнева, то он может подойти и выместить свой гнев на подушке.

Для коррекции повышенной импульсивности могут быть использованы следующие игры:

«Говори!»

– Сейчас вы будете просто общаться с ребенком, задавая ему любые вопросы. Но отвечать он вам должен не сразу, а только когда увидит условный сигнал, например, сложенные на груди руки или почесывание затылка. Если же вы задали свой вопрос, но не сделали оговоренное движение, ребенок должен молчать, как будто не к нему обращаются, даже если ответ вертится у него на языке.

«Съедобное – несъедобное»

Игру, как обычно, начинаем с выбора ведущего. Все игроки садятся на лавочку в ряд (как вариант – становятся в круг). Ведущий кидает мяч любому игроку и одновременно называет какой-либо предмет. Если это съедобное – игрок должен поймать мяч, если несъедобное – отбить его. Если кто-то «съел» несъедобное, он становился ведущим. Игра интересна при большой скорости кидания мяча и загадывания слов, причем задача ведущего – как можно быстрей запутать игроков.

«Слушай хлопки»

Играющие идут по кругу. Когда ведущий хлопнет в ладоши 1 раз, дети должны остановиться и принять позу аиста (стоять на одной ноге, руки в стороны). Если ведущий хлопнет два раза, играющие принимают позу лягушки (присесть, пятки вместе, носки и колени в стороны, руки между ногами на полу). На три хлопка играющие возобновляют ходьбу.

«Подскажи молча»

По условиям игры дети подсказывают друг другу, это разрешается делать, но только молча. Выкрикнувший подсказку штрафуется, или наказывается вся команда.

«Слепой и поводырь»

Упражнение проводится в парах. В каждой паре выбирается «слепой» и «поводырь». Инструкция «повыдырям»: «Вы ведете своего партнера за собой. Глаза у него закрыты. Познакомьте его

с окружающим миром». Участники в парах расходятся по комнате (возможен выход за пределы помещения). «Поводырь» ведет «слепого» за собой (или поддерживает его сзади), знакомит его с предметами окружающего мира, людьми, интерьером. Через десять минут участники меняются ролями.

«Шапка-невидимка»

В течение трех секунд надо запомнить все предметы, собранные под шапкой, которая на это время поднимается, а затем перечислить их.

«Кричалки-шепталки-молчалки»

Из разноцветного картона надо сделать три силуэта ладони: красный, желтый, синий. Это сигналы. Когда взрослый поднимает красную ладонь – «кричалку», можно бегать, кричать, сильно шуметь; желтая ладонь – «шепталка» – можно тихо передвигаться и шептаться, на сигнал «молчалка» – синяя ладонь – дети должны замереть на месте или лечь на пол и не шевелиться. Заканчивать игру следует «молчалками».

«Занимательные картинки»

Выбирая из предложенного комплекта картинки, игроки раскладывают их в определенном порядке. Побеждает тот, кто больше соберет парных картинок.

«Гвалт»

Один из участников (по желанию) становится водящим и выходит за дверь. Группа выбирает какую-либо фразу или строчку из известной всем песни, которую распределяют так: каждому участнику по одному слову. Затем входит водящий, и игроки все одновременно, хором, начинают громко повторять каждый свое слово. Водящий должен догадаться, что это за песня, собрав ее по словечку. Желательно, чтобы до того как войдет водящий, каждый ребенок повторил вслух доставшееся ему слово.

«Стой»

В этой игре ребенку необходимо быть внимательным и суметь преодолеть двигательный автоматизм, контролируя свои действия.

Включите какую-нибудь танцевальную музыку. Пока она звучит, ребенок может прыгать, кружиться, танцевать. Но как только

вы выключите звук, игрок должен замереть на месте в той позе, в которой его застала тишина.

«Слушай сигнал»

Ребенку показывается движение (подъем рук вверх или руки в боки), затем обсуждается сигнал (например, удар в бубен). Затем дается возможность ребенку прыгать, бегать. По сигналу ребенок должен принять заранее обговоренную позу.

«Запрещенное движение»

Преподаватель перед строем показывает ряд простых общеразвивающих упражнений, которые дети повторяют за ним. Перед игрой договариваются об одном или двух «запрещенных движениях», которые нельзя выполнять, хотя преподаватель может их показывать (например, руки на пояс, упор присев). Совершивший ошибку выбывает из игры.

Таким образом, работа с детьми с психопатологическими расстройствами является достаточно сложной и трудоемкой задачей, требующей от педагога знания особенностей поведения, реагирования и способов работы с информацией у детей с психическими нарушениями. Для успешной адаптации ребенка необходима работа мультидисциплинарной команды, тесное взаимодействие педагогов, психологов и врачей.

Список литературы

1. *Гречаный С.В.* Психиатрия / С.В. Гречаный [и др.]. – СПб., 2015. – 60 с.

2. *Гречаный С.В.* Психопатологическая диагностика в раннем детском возрасте : учеб. пособие для последипломного образования. СПб., 2017. – 103 с.

3. *Макаров И.В.* Психиатрия детского возраста : руководство для врачей / И.В. Макаров [и др.]; под общ. ред. И.В. Макарова. – СПб., 2019. – 992 с.

4. Пограничные психические расстройства в детском возрасте / отв. ред. С.В. Гречаный. – СПб., 2015. – 60 с.

5. *Поздняк В.В.* Медицинская психология в курсе психиатрии : учеб. пособие / В.В. Поздняк [и др.]. – СПб., 2018. Сер. Библиотека педиатрического университета. – 72 с.

Поздняк Вера Владимировна

Вопросы психопатологии в курсе олигофренопедагогики

Учебное пособие

Редактор *Е.В. Романова*
Оригинал-макет *Ю.Г. Лысаковской*

Подписано в печать 00.00.2020. Формат 60×84 1/16
Усл. печ. л. 6,19. Гарнитура Times New Roman. Печать цифровая
Тираж 100 экз. Заказ 4/2020

Ленинградский областной институт развития образования
197136, Санкт-Петербург, Чкаловский пр., 25-а